

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

A Influência da Massagem Perineal na Incidência de
Trauma Perineal no Segundo Período de Trabalho de
Parto

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório Final de Estágio orientado pela Prof.(a) Doutora Marinha Carneiro

Caroline Martins Botelho

Porto | 2017

"Não é desejável que um homem seja deixado sem conhecimento ou habilidades, pois será, então, nada mais que uma árvore estéril. Assim, tanto quanto o permitam vossa capacidade e aptidão, deveis adornar a árvore do ser com frutos tais como a sabedoria, o conhecimento, a percepção espiritual e a fala eloquente."

- Bahá'u'lláh

AGRADECIMENTOS

O caminho faz-se caminhando e, ao longo deste, surgem pessoas especiais que nos seguram as mãos. Este percurso tão moroso preencheu-me o coração, por isso não posso deixar de agradecer aos que caminharam comigo.

Assim, um agradecimento profundo...

À Professora Doutora Marinha Carneiro, pelo encorajamento e suporte em todos os momentos.

À minha avó e minha mãe por me terem feito quem sou.

À toda a minha família que suportaram as dificuldades durante a minha ausência, em especial ao meu primo Henrique, por terem reconhecido a importância deste trabalho para mim.

À Professora Doutora Minoo Farhangmehr, Professora Doutora Alexandrina Cardoso e à Mestre Patrícia Souto por verem esperança onde nem eu mesma a vi.

E aos amigos, Tatiana Teixeira, Diana Pokee, Farid Haie, Anderson Fujihara, André Contente, Alex Peixoto e Jaleh Zandieh, entre outros que não menciono os nomes, mas que sabem quem são, amigos que estiveram ao meu lado durante esta fase, pelo companheirismo, força e apoio em momentos difíceis.

Às Enfermeiras Especialistas do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, em especial à Enfermeira Marília Anjo, por acreditarem em mim, no meu potencial, ao longo desta etapa da minha vida. Por me demonstrarem que é possível ser excelente em todas as circunstâncias e não somente por me terem ensinado, mas por me terem permitido aprender.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte deste meu percurso, acreditando em mim, quando eu menos acreditei, o meu muito obrigada.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG - American Congress of Obstetricians and Gynecologists

ADA - American Diabetes Association

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CHPVVC - Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DG - Diabetes Gestacional

DGS - Direção Geral de Saúde

DUM - Data da Última Menstruação

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

IADPSGCP - International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups
Consensus Panel

ICN - International Council of Nurses

ICSI - Institute for Clinical Systems Improvement

IG - Idade Gestacional

IMC - Índice de Massa Corporal

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MP - Massagem Perineal

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NICE - National Institute of Clinical Excellence

NOC - Nursing Outcomes Classification

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PTGO - Prova de Tolerância à Glicose Oral

RCIU - Restrição Crescimento Intrauterino

RN - Recém-Nascido

SBD - Sociedade Brasileira do Diabetes

TA - Tensão Arterial

TP - Trabalho de Parto

RESUMO

Este relatório de estágio de natureza profissional assume-se como uma oportunidade de reflexão crítica do processo de aquisição e desenvolvimento de competências, ao longo dos ensinamentos clínicos em contextos de gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e pós-parto, com base nos pressupostos do Regulamento de Competências e Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica publicados pela OE.

Sendo assim, este trabalho tem como objetivos expor e fundamentar, nas diferentes áreas, os cuidados especializados de Enfermagem que foram prestados aos casais e famílias em contextos de gravidez, trabalho de parto e parto e pós-parto, durante o estágio profissionalizante no CHPVVC no ano letivo 2015/2016. Damos visibilidade às áreas que mais requereram atenção do EESMO durante a prestação de cuidados, sendo que um dos temas que assumiu mais destaque foi o trauma perineal durante o período expulsivo, uma vez que variados foram os desfechos nos diferentes partos realizados.

O trauma perineal durante o período expulsivo pode estar associado com uma significativa e complexa morbilidade da mulher e os seus efeitos na qualidade de vida a curto e a longo prazo podem trazer alterações físicas e psicológicas.

Deste modo, refletimos sobre a intervenção do EESMO durante o segundo período de TP na prevenção do trauma perineal, optando por realizar uma revisão integrativa da literatura, no sentido de compreender se a realização de MP no pré-natal ou no TP influencia a ocorrência e gravidade de trauma perineal no peri-parto.

Os resultados desta investigação não são claros, coexistindo estudos de elevada evidência científica sobre o tema, mas com resultados divergentes. Contudo, podemos concluir que, no que diz respeito a MP pré-natal se

realizada desde a 34^a/35^a semana de IG com regularidade de, aproximadamente, 1,5 por semana com duração de 10 minutos por vez, usando óleo vegetal ou uma substância hidrossolúvel para lubrificação reduz a probabilidade das mulheres sofrerem uma episiotomia durante o parto, podendo ser realizada pela própria grávida ou seu companheiro. Consideramos importante realçar que a prática regular da MP pré-natal poderá ser desconfortável nas primeiras 2 ou 3 semanas, mas é bem aceite pela maioria das mulheres que referem que numa próxima gravidez, provavelmente, iriam repetir a prática da MP.

Noutro sentido, os estudos que experimentaram a MP durante o TP, não demonstram muitas conclusões, mesmo assim, a MP realizada durante o TP, principalmente no 2º período, parece reduzir a probabilidade das mulheres sofrerem uma episiotomia durante o parto.

Por conseguinte, através da revisão da literatura conseguimos perceber a necessidade de ensaios clínicos randomizados de alta qualidade, estudos observacionais retrospectivos e estudos qualitativos que examinam consequências clínicas e as experiências das mulheres sobre a intervenção sugerida, de modo que possamos fazer recomendações baseadas em evidências para a futura prática clínica obstétrica. De acordo com a evidência atual, sugerimos aos EESMO que ensinem os casais grávidos acerca da MP durante a gravidez a partir das 34^a/35^a semanas de IG.

Palavras-chave: Massagem Perineal, Trauma Perineal, Período Expulsivo, Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

ABSTRACT

Title: The Influence of Perineal Massage in Incidence of Perineal Trauma in the second stage of labour.

This internship report constitutes an opportunity for a critical analysis of midwives process of competency development throughout the clinical trials in the contexts of complications during pregnancy, labour, and of the post-partum period, based on the Regulation of Competencies and Standards of Quality of Specialised Midwifery Care published by the Ordem dos Enfermeiros.

As such, this work has the objective of describing and substantiating, in the different fields, specialised nursing care provided to couples and families during the clinical internship at the CHPVVC in 2015/2016. We highlighted the areas which most required midwives attention in care, with one of the most prominent ones being perineal trauma in the expulsive period of labour, since the different outcomes were different in the different deliveries.

Perineal trauma in labour can be associated to a more significant, extensive and complex morbidity of the mother and, otherwise, the short and long term effects to quality of life can be both physical and psychological.

In this regard, we reflected on midwives role in the second period of labour in preventing perineal trauma, by conducting an integral review of the literature, in an attempt to understand if the performance of perineal massage during pregnancy or labour influences the occurrence and severity of perineal trauma in the second period of labour.

The results of this investigation are not clear, and there are studies of high scientific evidence on the subject with divergent results. However, we can conclude that, with regard to perineal massage in pregnancy if performed from the 34th/35th week of pregnancy with a regularity of approximately 1,5 per week lasting 10 minutes at a time, using vegetable oil or a substance hydrosoluble for lubrication, which can be performed by the pregnant woman herself or her partner reduces the likelihood of women

having an episiotomy during labor. We considered it important to emphasize that regular practice of perineal massage in pregnancy may be uncomfortable in the first 2 to 3 weeks, but it is well accepted by most women who report that in a next pregnancy they would probably repeat the practice of perineal massage.

In the other side, studies that have experienced perineal massage during labour do not show much of a conclusion, however, perineal performed during labour, especially in the second period, appears to reduce the likelihood of women having an episiotomy during childbirth.

The review of the literature, then, allow us to perceive the need for further research on the subject: high quality randomised clinical trials, retrospective observational studies and qualitative studies examining the clinical consequences and experiences of women about the suggested intervention, so as to produce evidence-based recommendations for future midwifery practice. In light of present evidence, we suggest that midwives teach the pregnancy's couples about perineal massage after 34th/35th weeks of pregnancy.

Keywords: Perineal Massage, Perineal Trauma, The Second Stage of Labour, Midwifery Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. O PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	21
2. TORNANDO-SE UM CASAL GRÁVIDO: A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	25
2.1. Nota introdutória	25
2.2. Adaptação à gravidez com complicações	25
2.3. Envolvimento do casal na gestão do regime terapêutico	34
2.4. Nota conclusiva	38
3. O TRABALHO DE PARTO: UM EVENTO CRÍTICO NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	41
3.1. Nota introdutória	41
3.2. Controlo do trabalho de parto: pertinência do protocolo atual da prática clínica	41
3.3. Estratégias de alívio da dor de trabalho de parto....	48
3.4. Relação de confiança e apoio contínuo durante o trabalho de parto	56
3.5. Mudando o paradigma: de executar a técnica de parto a ajudar a nascer através de uma relação de confiança	59
3.6. A influência da massagem perineal na incidência de trauma perineal no segundo período de trabalho de parto	66
3.6.1. Introdução ao Problema em Estudo	69
3.6.2. Metodologia	72

3.6.3.	Resultados	73
3.6.4.	Discussão dos Resultados	75
3.6.5.	Considerações Finais	82
3.7.	Nota conclusiva	83
4.	TORNANDO-SE PAIS: OS DESAFIOS APÓS O PARTO	85
4.1.	Nota introdutória	85
4.2.	Autocuidado no pós-parto	85
4.3.	O desenvolver das competências parentais	89
4.4.	Projeto de amamentação	94
4.5.	Ligação mãe/pai-filho.....	97
4.6.	Nota conclusiva	98
5.	ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA	101
	CONCLUSÃO	105
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
	ANEXOS	119
	ANEXO I - TABELAS DE ANÁLISE DE ARTIGOS	121

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Intervenções frequentemente resultadas da indução de TP.....	46
Figura 2 - Estratégias não farmacológicas de alívio da dor no TP.....	54
Figura 3 - Posições adotadas pelas parturientes	62
Figura 4 - Nº de grávidas cuidadas/acompanhadas.....	100
Figura 5 - Nº de experiências de partos.....	100
Figura 6 - Tipo de trauma perineal dos partos executados.....	100
Figura 7 - Nº de experiências com puerperas.....	100
Figura 8 - Nº de experiências com RN.....	100

INTRODUÇÃO

O percurso formativo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia requer, por parte do estudante, a aquisição de conhecimentos e competências específicas. Necessitamos para a conclusão do MESMO elaborar um relatório de estágio de acordo com o plano de estudos correspondente e com o regulamento do 2º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O relatório elaborado faz alusão à reflexão crítica do processo de aquisição e desenvolvimento de competências do EESMO, com base nos pressupostos publicados no Regulamento de Competências e Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia publicados pela OE. O estágio profissionalizante, que permitiu tal aprendizagem, foi realizado durante o ano letivo 2015/2016 no CHPVVC, nos contextos de Gravidez com complicações, Trabalho de Parto e Parto e Pós-Parto.

Sabemos que este relatório é uma ferramenta limitada para descrever e refletir sobre a prática clínica realizada à luz da evidência científica atual. Sendo assim, optamos por selecionar uma temática, relacionada com a prática clínica, em que podemos fornecer um alicerce científico para justificar a intervenção do EESMO durante o TP. Deste modo, a temática escolhida foi: a influência da MP realizada no pré-natal ou no TP na incidência de trauma perineal durante o segundo período de TP, com o objetivo de identificar os potenciais benefícios da MP para a mulher/casal.

O trauma perineal durante o parto é descrito como sendo a perda da integridade do períneo ou qualquer outro dano ocorrido na região genital da mulher, podendo ser espontâneo - lacerações perineais - ou decorrente de procedimento cirúrgico - episiotomia. É facto que esta consequência do parto é a maior causa de morbilidade materna durante o parto vaginal, podendo

ocasionar diversas consequências para a saúde da puérpera a nível físico e psicológico, que podem persistir tanto no pós-parto imediato como durante um longo período de tempo (East et al. 2015). Sendo assim, optamos por realizar uma revisão integrativa da literatura, numa tentativa de entender os potenciais benefícios da prática da MP no pré-natal ou TP ao nível da existência e gravidade de trauma perineal na puérpera. Isto porque alguns autores têm defendido o uso de MP pré-natal ou durante o TP na diminuição da incidência de trauma perineal durante o parto vaginal. Estes propõem, que a MP possa aumentar a flexibilidade dos músculos perineais e, portanto, diminuir a resistência muscular, o que possibilitaria que o períneo se no parto sem lacerar ou necessitar de episiotomia (Beckmann et al. 2013).

Durante o ensino clínico, considerando os 50 partos realizados, 33 destes resultaram em algum tipo de trauma perineal para a mulher. Neste sentido, devemos desenvolver intervenções autónomas que possam prevenir ou minimizar o trauma perineal durante o parto, de modo a evitar resultados maléficos para a mulher e, consequentemente, para toda a família.

Neste relatório de estágio estão estabelecidos como objetivos: comprovar competências no domínio da investigação científica, através da realização de uma revisão integrativa da literatura, indagando as práticas e os processos de cuidados do EESMO; demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de Enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família na gravidez com complicações, TP, parto, puerpério e ao RN saudável e de risco, respeitando as suas diferenças culturais; analisar criticamente, argumentar e sistematizar as intervenções do EESMO; refletir sobre as práticas descrevendo os focos de atenção de Enfermagem mais frequentes em cada área de cuidado especializado do EESMO; expor o desenvolvimento de conhecimento sobre a importância da implementação de práticas emancipatórias para a vivência da gravidez e o exercício do papel parental pelo casal.

A estrutura deste relatório passa por estar dividido em seis capítulos distintos. O primeiro capítulo descreve o processo de aquisição de competências ao longo do estágio. O segundo refere-se à vivência da gravidez

com complicações e a transição vivenciada pelo casal grávido, estando dividido em quatro subcapítulos: nota introdutória; adaptação à gravidez com complicações; envolvimento do casal na gestão do regime terapêutico; e, por fim, uma nota conclusiva do capítulo. No terceiro capítulo o relatório desenrola-se sobre o TP, sendo este um evento crítico na transição para a parentalidade e decorre sob seis subcapítulos: nota introdutória; controlo do TP: pertinência do protocolo atual da prática clínica; estratégias de alívio da dor de TP; relação de confiança e apoio contínuo durante o TP; mudando o paradigma: de executar a técnica a ajudar a nascer através de uma relação de confiança; a influência da massagem perineal no trauma perineal durante o segundo período de trabalho de parto e nota conclusiva. O quarto capítulo decorre sobre como é tornar-se pais: os desafios após o parto e inclui nota introdutória; autocuidado no pós-parto; o desenvolvimento das competências parentais; projeto de amamentação; ligação mãe/pai-filho; e uma nota conclusiva. Por fim, no quinto capítulo faz-se uma análise crítico-reflexiva sobre a experiência vivida, seguida de uma conclusão do relatório de estágio.

Considerando a importância da prática baseada em evidência, ressaltamos que ao longo da elaboração deste relatório de estágio, foi efetuada uma ampla pesquisa bibliográfica, principalmente nas bases de dados assinadas pela Escola Superior de Enfermagem do Porto no motor de busca da *EBSCO host* e também na *Cochrane Database for Systematic Reviews* e *PubMed*.

1. O PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Um EESMO é responsável por assumir no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de gravidezes de baixo risco, ou seja, aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e, por outro lado, intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão dentro das suas competências (DR, n.º35, de 18 Fevereiro 2011).

Para a formação do EESMO em Portugal é necessário que os candidatos possuam, pelo menos, o título de enfermeiro de cuidados gerais e, ingressem no Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia em que o ensino clínico deve ser efetuado sob forma de estágios orientados nos serviços, preferencialmente, de um centro hospitalar e durante esta formação em que, os estudantes participam nas atividades dos serviços em causa, na medida em que contribuem para a sua formação, e são iniciados nas responsabilidades que as atividades de parteira implicam (DR, n.º 44, de 4 Março 2009).

Nesta formação requer-se uma análise crítica criteriosa sobre as aprendizagens realizadas em contexto prático, e é neste sentido que surge este relatório de estágio, para se promover reflexões das intervenções desenvolvidas à luz da evidência científica atual.

Sabemos que o papel do EESMO é promover o máximo possível uma transição saudável para a parentalidade, ajudando o casal grávido a remover os obstáculos que se apresentem durante a vivência da gravidez e contribuir para a melhoria assistencial. É importante ressaltar que os EESMO têm sido os principais responsáveis por produzir evidência científica de inegável

contribuição para a mudança da prática obstétrica, principalmente a nível internacional.

Assim, ao longo deste relatório serão abordadas temáticas que foram alvo de reflexões ao longo dos ensinamentos clínicos realizados no CHPVVC, em diferentes contextos, seja no pré-natal, TP e parto e, no puerpério, considerando a unidade familiar como um todo.

Na ocasião do ensino clínico: gravidez com complicações, este teve a duração de aproximadamente 14 semanas que foram vivenciadas na sua totalidade no acompanhamento de grávidas de risco em contexto de ambulatório na consulta externa do CHPVVC, desde setembro a dezembro.

Por outro lado, a experiência do ensino clínico: trabalho de parto e parto desenvolveu-se ao longo de 20 semanas, com intervalo desde o mês de março até ao mês de julho. E ainda, no serviço de internamento pós-parto, o ensino clínico teve duração de 8 semanas desde janeiro até fevereiro.

Durante todo o ano letivo foram dedicadas 900 horas em contexto de ensino clínico, acompanhadas na sua totalidade pela equipa de EESMO do CHPVVC, e durante este período foi-nos possível debater com diferentes elementos da equipa a pertinência das intervenções realizadas. Sendo que, durante todo o ano letivo, tivemos oportunidade de refletir sobre as práticas realizadas em contexto prático ao longo das aulas de orientação tutorial, totalizando 75 horas, por outro lado, acrescentamos 25 horas de seminários as quais serviram para sustentação da investigação.

Sabemos que é da competência do EESMO executar o parto eutócico de apresentação cefálica (DR, n.º35, de 18 Fevereiro 2011). No CHPVVC a equipa de Enfermagem de assistência ao TP é constituída exclusivamente por enfermeiras que tenham o título de especialista. E durante o ensino clínico todos os partos eutócicos foram realizados por um EESMO ou por uma estudante da especialidade, como é o nosso caso. Sendo assim, importa promovermos uma reflexão da prática executada nos dias de hoje à luz da evidência científica atual, verificando na prática clínica que as intervenções do EESMO são pertinentes de se realizar ou de se abolir, e ainda, sugerindo

um leque de intervenções passíveis de serem implementadas de forma autónoma, promovendo, sempre que possível, um TP e parto saudável.

2. TORNANDO-SE UM CASAL GRÁVIDO: A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

2.1. Nota introdutória

Este capítulo aborda o processo de aquisição de competências em contexto do módulo gravidez com complicações, nas situações de acompanhamento em ambulatório, contextualizando o processo de transição para parentalidade e os desafios de uma gravidez com complicações, entendendo a sua vivência e a gestão do regime terapêutico.

Neste capítulo conhece-se, brevemente, como é a transição para a parentalidade e, reflete-se sobre as nossas intervenções ao longo do ensino clínico: gravidez com complicações e naquela que foi a patologia mais frequente durante o ensino clínico: DG.

2.2. Adaptação à gravidez com complicações

A gravidez é um processo natural que se caracteriza pela capacidade feminina de gerar e abrigar um novo ser. Comporta mudanças físicas e emocionais que cada mulher e família vivencia de forma distinta. A experiência de ser pai e mãe tem tomado contornos diferentes ao longo do tempo e, hoje, observamos que não existem mães e pais em exclusivo. As prioridades alteram-se e temos trabalhador(a), filho(a), amigo(a) e pai (mãe) numa mesma pessoa. No contexto do ensino clínico, a vida multifacetada que os casais levam, vem à tona, surgindo muitas vezes dificuldade em gerir os diferentes papéis que estes têm na vida. Importa realçar que é papel do EESMO oferecer intervenções especializadas no âmbito dos cuidados pré-natais que tragam benefícios comprovados para grávidas/casais. A grávida/casal deve receber informação suficiente e objetiva dos profissionais e ter a possibilidade de tomar decisões esclarecidas.

De facto, e fundamentalmente quando acontece pela primeira vez, a adaptação à parentalidade o seu exercício reveste de alguma complexidade, dele depende, e em muito, o desenvolvimento de um conjunto de atividades da exclusiva responsabilidade dos pais (Soares, 2008).

Torna-se, então, pertinente definir o termo Parentalidade. Segundo a CIPE Versão 2.0, este conceito passa por:

“(...) assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.” (ICN, 2011, pp.66)

Tornar-se mãe ou pai conduz à alteração de papéis (definição de papéis parentais e filiais), à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente à família de origem e à comunidade (Relvas, 2000). Portanto, a Parentalidade assume um papel prioritário na disciplina de Enfermagem, estudá-la e entendê-la torna-se necessário. Assim sendo, o exercício da parentalidade deve permitir que a criança possa crescer e desenvolver-se de uma forma feliz e saudável. Ao longo deste processo de criação de identidade parental, podemos definir quatro fases: a fase antecipatória, que vê iniciada na gravidez e demonstra a experimentação do papel parental, das mudanças sociais e psicológicas intrínsecas ao processo. Com o nascimento do filho e a execução do papel parental decorre a fase formal, segundo as expectativas dos outros. Segue-se a fase informal, em que os pais expandem a sua parentalidade de forma única, procurando adaptar-se às necessidades e exigências do seu filho. No entanto, continuam a desempenhar o seu papel de acordo com as expectativas alheias. No fim, a fase de identidade do papel, sendo uma etapa em que os pais adquirem confiança e competências na execução da sua parentalidade (Lopes et al. 2005 cit. por Reis, 2011). Ao entendermos estas etapas como um processo contínuo, importa que sejam ultrapassadas do modo mais seguro possível para o casal. Nas consultas de gravidez com complicações do CHPVVC, muitos são os casais que são

acompanhados durante toda a gravidez, às vezes, desde o diagnóstico de gravidez de risco até à IG de termo, sendo que contribuímos para uma melhor adaptação na transição para a parentalidade, concebendo, planeando, implementando e avaliando cuidados com a finalidade de potenciar uma gravidez o mais próxima do saudável possível (DR, n.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011).

No contexto em que foi realizado o ensino clínico, foi-nos possível acompanhar grávidas de risco em regime de ambulatório, através de consultas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, cujas condições clínicas mais frequentes foram: DG, idade materna avançada e patologias ginecológicas e obstétricas e, em menor percentagem, patologias da tiroide.

Os critérios que definem uma gravidez de risco podem dever-se a diferentes fatores. Estes poderão ser demográficos ou socioeconómicos (adolescentes, idade materna avançada, IMC ≥ 35 ou $\leq 18\text{kg/m}^2$), comportamentais (toxicodependência, alcoolismo) e ainda relacionados com complicações obstétricas, patologia materna associada à gravidez atual ou patologia própria da gravidez atual, como DG, gravidez gemelar, etc. (Ayres de Campos et al. 2008; London et al. 2010). Na descrição das competências específicas do EESMO (DR, n.º35, de 18 Fevereiro 2011) encontra-se explícito que é de sua responsabilidade conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez promovendo, dentro do possível, o melhor estado de saúde e uma boa adaptação a este estado.

Os objetivos dos cuidados prestados à grávida/casal incluem: acolhimento da grávida/família, avaliação da situação gravídica patológica e elaboração de estratégias para minimizar a sintomatologia, que advém da patologia e das alterações fisiológicas associada ao estado gravídico. Valorizamos a assistência à grávida no sentido amplo do ser humano, englobando as componentes clínica, física, sociocultural e familiar, assim como, a deteção precoce de complicações ao estado gravídico que condicionem o bem-estar materno-fetal.

Considerando que a gravidez é um processo dinâmico, de crescimento dos pais, que resulta num novo elemento na família. Tornar-se pai e mãe obriga

a uma mudança, exclusiva e irreversível, que confere um novo estatuto nas suas vidas. Há necessidade de redefinição de papéis, bem como o acréscimo de novas responsabilidades, ou seja, é exigido um reajustamento e reorganização por parte dos indivíduos (pais e família) que terá reflexo nos seus próprios processos de desenvolvimento, sobretudo quando este processo acontece pela primeira vez.

Assim, a parentalidade é considerada uma fase de transição marcante para o ser humano, que tem implicações na rotina e no bem-estar dos elementos de uma família. A decisão de ampliar o núcleo familiar, a adaptação à gravidez e à experiência de ser mãe e pai, são ocorrências na vida de uma pessoa que exige a revisão dos sistemas pessoais e familiares, envolvendo um conjunto de necessidades e aprendizagens sensíveis aos cuidados da Enfermagem (Reis, 2011).

De acordo com o ICN (2011, pp.37), na CIPE Adaptação à Parentalidade inicia o exercício da parentalidade que inclui *“comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados”*.

Para a compreensão do processo de Adaptação à Parentalidade, não podemos esquecer que nele estão envolvidos o pai e a mãe e que as experiências desta transição são, também, individuais, bem como o nível de mudança que este acontecimento trará à sua vida. Todavia, uma transição desta dimensão implica, obrigatoriamente, a aprendizagem de novos papéis e relacionamentos (Cowan et al. 1995 cit. por Soares, 2008), tendo em vista o desenvolvimento da capacidade de resposta e desempenho de um novo papel, que pode gerar ansiedade aos pais e afetar o modo como reagem.

Segundo Lopes et al. (2005 cit. por Reis, 2011) torna-se necessário aumentarmos a autoestima dos pais para fomentar o papel parental durante as consultas de Enfermagem; respeitando as suas crenças; desenvolvendo interações mãe/pai/bebê; escutando os pais; motivando-os para a promoção das suas competências e avaliando as relações conjugais, mesmo perante complicações durante a gravidez. Por fim, a nossa colaboração e

acompanhamento permitiu a mudança de comportamentos parentais para mais adequados, sendo possível facilitar a transição para a parentalidade, que por sua vez minimiza os diferentes fatores a que os pais estão expostos no decorrer de todo este processo. Alguns exemplos são, a adoção de um regime alimentar mais saudável e adequado a patologia presente, cumprimento da monitorização da glicemia capilar nos horários adequados, abandono do hábito de fumar, entre outros.

As consultas de Enfermagem no CHPVVC com casais que tenham uma gravidez com complicações permitem que estes pais sejam acompanhados durante toda a gravidez, de modo a cumprir os objetivos anteriormente expostos promovendo uma adaptação à parentalidade o mais saudável possível.

Conforme dito, quando efetivamente nos tornamos mães e pais há inúmeras alterações na nossa vida, que implicam mudanças e readaptação dos papéis que até então os pais não tinham. Assim, este é um dos maiores eventos desenvolvimentais que os seres humanos podem vivenciar, sendo principalmente significativo para a mulher (Henriques et al. 2015).

Qualquer fase de transformação implica, por parte do indivíduo, a incorporação de novos conhecimentos e uma alteração de comportamento de modo a que haja uma mudança dos significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social (Meleis et al. 2000; Chick et al. 1986 cit. por Cardoso, 2011). Na transição para a parentalidade, este período verifica-se até que os cuidados à criança deixem de ser desconhecidos ou imprevisíveis (Pridham et al. 1992 cit. por Cardoso, 2011), isto é, até que estes cuidados estejam incorporados na rotina, sendo finalizada quando os pais desenvolverem sentimentos de bem-estar, confiança e mestria no desempenho deste papel (Lowdermilk et al. 2008).

A este respeito, Meleis et al. (2000), caracterizam as transições, definindo as três dimensões das mesmas: a natureza, as condições - facilitadoras e inibidoras - e os padrões de resposta.

A transição para a parentalidade insere-se nas do tipo desenvolvimental, pois implica “*un logro de integración, maduración y especialización en las*

esferas del componente humano de lo biológico, mental, social y espiritual” (Gladys et al. 2007 cit. por Silva, 2012, pp.26). Passar por esta transição pode resultar em instabilidade, ansiedade, *stress* e incerteza quanto à congruência entre as expectativas criadas e a realidade decorrente do exercício do novo papel (Meleis et al. 2000; Chick et al. 1986 cit. por Cardoso, 2011). No entanto, no contexto de gravidez com complicações o casal enfrenta uma transição situacional que surge, na maioria das vezes, de forma inesperada e que se constitui, de igual forma, como um evento crítico que poderá dificultar a adaptação à gravidez e parentalidade (Soares, 2014).

Relativamente ao padrão, a transição para a parentalidade classifica-se como múltipla. Pois, os cônjuges anteriormente apenas casal transformam-se em pais, progenitores de uma família, e necessitam reformular várias esferas da vida privada, familiar e, muitas vezes, social (Lopes, 2007 cit. por Silva, 2012)

A natureza das transições não fica completa sem mostrar como a pessoa se vê perante a vivência da experiência. A **consciencialização** envolve a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da pessoa sobre a experiência de transição que se encontra a vivenciar, assumindo-se como uma característica definidora da transição. O nível de consciencialização reflete-se pelo grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e respostas esperadas e as percepções dos indivíduos que vivenciam transições semelhantes (Meleis, 2010). No caso da transição para a parentalidade podemos afirmar que os pais (mãe/pai) estão consciencializados se:

“(...) referem que está a passar por uma fase de mudança na sua vida; expressam que se sentem preparada(o) para a incorporação do novo papel - papel de mãe/papel de pai; descrevem as responsabilidades e as mudanças inerentes ao nascimento do filho; descrevem algumas das alterações que podem ocorrer no seu dia-a-dia: tempo e espaço para si; atividades de lazer; gestão das tarefas domésticas; relação conjugal; carreira profissional; rotinas diárias, padrões de sono, privacidade; no âmbito social; no âmbito económico; mudanças de papéis: o nascimento do bebé traz novas

mudanças na sua vida, como económicas (despesas com utensílios para o RN), sociais (menos disponibilidade de tempo para os convívios sociais pelas necessidades do RN), alterações no padrão de sono e repouso (cada RN demora o seu tempo a adquirir o padrão de sono/repouso, a mãe que amamenta pode ter de acordar várias vezes durante a noite por fome do bebé)” (Cardoso, 2014, pp. 1).

Consequentemente, o **envolvimento** demonstra o modo como a pessoa se implica neste processo, durante este período, procurando informação (da gravidez, por exemplo), preparando-se de forma ativa para que se consiga adaptar à situação e mostrando-se recetiva a todos os processos inerentes à nova fase. Este poderá ser resultado do nível de consciencialização, uma vez que um indivíduo que vive uma transição da qual não está consciencializada pode não conseguir envolver-se uma vez que não tem, nem prevê, a necessidade de mobilizar recursos, sendo influenciado pelo conhecimento que as pessoas detêm sobre o seu processo de transição e a presença de mudanças físicas, sociais, emocionais e ambientais (Meleis, 2010). Na gravidez com complicações estar envolvido significa que a grávida/casal toma decisões para manter ou obter o máximo de saúde possível, por exemplo, cumprindo o regime terapêutico.

Relativamente à **mudança e diferença**, sabemos que as transições envolvem uma mudança, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com transições (Meleis, 2010). As transições podem ser o resultado da mudança ou podem resultar em mudança. Sendo assim, é essencial conhecer os efeitos e os significados atribuídos à mudança, para compreender o processo de transição. As dimensões desta fase de transformação incluem a natureza, a temporalidade, a importância/gravidade atribuída e as expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança implica a alteração das rotinas habituais para integrar e desempenhar novos papéis, neste caso o parental. Quando a pessoa não tem consciência da mudança que está ou irá viver não sente necessidade de se envolver e, por conseguinte, poderá até apresentar expectativas pouco reais face à situação (Silva, 2012).

No caso da parentalidade, verifica-se a consciencialização relativamente ao que mudou e, em que medida as coisas estão diferentes

“(...) quando existe reconhecimento das implicações decorrentes da chegada do filho, a mãe e o pai conseguem encontrar uma coerência para o que está a acontecer e reorganizarem-se num novo modo de viver, de responder e de estar no mundo, criando condições para receberem a criança e assumirem a responsabilidade subjacente” (Cardoso, 2011, pp. 41).

A **duração** da transição para a parentalidade não tem um limite de tempo preciso. Caracteriza-se pelo período de tempo que os pais necessitam para integrar os novos papéis e serem capazes de os executar, o que culmina numa nova fase mais estável relativamente à anterior (Silva, 2012) sendo influenciado por cada indivíduo e, também, pela sua experiência específica.

Na perspetiva de Meleis (2010), as mudanças experienciadas pelos indivíduos podem ser desencadeadas por **pontos e eventos críticos**. A maioria das transições encontram-se relacionadas com eventos significativos ou pontos de viragem que pautam a vida dos sujeitos, estando estes associados, na maioria das vezes, à consciencialização das mudanças e diferenças e a um maior envolvimento para lidar com a experiência de transição. São igualmente descritos períodos críticos, que são etapas de grande vulnerabilidade onde os sujeitos encontram dificuldades, e por isso solicitam a atenção, conhecimento e a experiência do enfermeiro, no caso da gravidez com complicações o diagnóstico da gravidez e da patologia e, também o TP e parto, constituem-se como eventos críticos na transição para a parentalidade.

As condições pessoais e ambientais podem facilitar ou dificultar o sentido de atingir uma transição saudável, bem como o próprio resultado do processo de transição (Meleis et al. 2000), podendo apresentar-se em três tipos principais: pessoais, comunitárias e sociais.

No CHPVVC a maioria das grávidas de risco é acompanhada em regime de ambulatório pelas consultas médicas e de Enfermagem especializadas, embora o CHPVVC também possua serviço de internamento, para grávidas

com pelo menos 34 semanas de IG. Uma vez que o número de internamento no serviço de grávidas de risco é reduzido, durante o ensino clínico, apenas foi possível o acompanhamento de grávidas em contexto de ambulatório. Observamos que estas consultas são programadas para dois dias da semana e incluem consulta individualizadas com o EESMO e também com o médico obstetra. Durante o período do ensino clínico as condições de saúde mais frequentes foram: DG (40,2%), idade materna avançada (11,1%), patologias ginecológicas e obstétricas (9,7%), gravidezes gemelares (6,9%) e, em menor percentagem, patologias da tiroide (5,5%).

Nas consultas de Enfermagem especializadas do CHPVVC, a primeira delas tem como objetivo, principalmente, a colheita de dados importantes para o planeamento de cuidados ao longo de toda a gravidez, incluindo dados demográficos, a história clínica (peso pré-gravídico, regime medicamentoso em uso, grupo sanguíneo, alergias, hábitos de vida, doenças familiares), a história obstétrica e ginecológica, o índice obstétrico e a história ocupacional (profissão, escolaridade) (Lowdermilk et al. 2008). Estas atividades diagnósticas realizadas permitem-nos entender como o casal vivencia a transição para a parentalidade enquadrada numa gravidez de risco, além de permitir construir diagnósticos de Enfermagem oportunos.

Uma das partes integrantes das consultas de Enfermagem consiste na vigilância da gravidez, da qual fizeram parte as seguintes atividades: determinação da IG que poderá ser feita pelo método do calendário tendo como base a DUM ou a data da primeira ecografia, determinação da data provável do parto (pela regra de Naegle), realização do exame físico geral da grávida, a monitorização do peso e o IMC com a indicação do ganho ponderal e do esperado para a gravidez (esperado 3-4 kg até as 20 semanas e a partir daí 2kg por cada mês), avaliação da TA e a presença de edema, avaliação das características da urina (cor, cheiro, presença de proteínas, leucócitos, corpos cetónicos ou sangue), avaliação da altura uterina (a partir das 24 semanas de IG), auscultação dos BCF (a partir das 10-12 semanas de IG com Doppler ou das 20 semanas de IG com estetoscópio de Pinard), avaliação da percepção materna dos movimentos fetais (a partir das 16 semanas de IG) e a partir do segundo trimestre realização das Manobras de

Leopold (Enkin et al. 2000; NICE 2003; Lowdermilk et al. 2008). Os exames complementares de diagnóstico tais como: as análises sanguíneas e as ecografias constituem-se como importantes fontes de recolha de dados e foram analisados no decorrer das consultas. Através da sua análise foi possível retirar as dúvidas do casal quanto ao seu conteúdo e interpretação de resultados. Também com base na sua análise foram planeados cuidados aos casais cuja grávida não possuía imunidade à toxoplasmose ou apresentava anemia. A ACOG (2002) e o CDC (2002) recomendam a realização de rastreios de *Streptococcus B* vaginais e retais a todas as grávidas entre as 35 e as 37 semanas de IG que foram realizadas em contexto de consulta.

É da nossa competência e responsabilidade facilitar tanto quanto possível este processo de transição, sobretudo numa situação de gravidez de alto risco. As consultas de Enfermagem têm como finalidade ajudar os casais a compreender as mudanças que os esperam ao longo da gravidez e determinar se existem ou não áreas nas quais poderão ter de existir alterações na sua vida, de forma a potenciar ou manter a saúde da mulher e do feto. No entanto, referimos a necessidade de um rearranjo na estrutura organizacional das consultas de enfermagem especializadas no CHPVVC, uma vez que face aos objetivos propostos o tempo dispensado para consulta não permite que todas as intervenções fundamentais sejam realizadas. Observamos que em muitos casos o tempo disponível permite apenas a realização das atividades de vigilância física da gravidez.

2.3. Envolvimento do casal na gestão do regime terapêutico

Uma das patologias mais frequentes nas consultas de Enfermagem que acompanhamos foi a DG, sendo um dos fatores que condiciona uma gravidez com complicações. Podemos definir DG como uma complicação médica comum da gravidez, apresentando-se como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou primeiro reconhecimento durante a gravidez (IADPSGCP, 2010; ADA, 2011; OMS, 2013). A DG pode iniciar-se em qualquer fase da gestação, mas o período entre a 24ª e 28ª semanas de IG é a altura em que o diagnóstico é facilitado. Neste período gestacional há o incremento

na produção de hormonas produzidas pela placenta, bem como o aumento dos níveis séricos de estrogénio, prolactina, progesterona, cortisol e somatomamotrofina coriônica, visando manter o suprimento de glicose constante para o feto, o que acaba por promover resistência à ação da insulina (Mauad Filho et al. 1998; SBD, 2014).

É consensual que a deteção de diabetes durante a gravidez quer seja sintomática ou não, está associada com o risco significativo de complicações perinatais, tais como: RN pesados para IG, excesso de adiposidade no RN, maior taxa de indução de TP e maior taxa de cesariana, podendo aumentar a morbilidade devido ao aumento de intervenção (IADPSGCP, 2010).

A DGS (2011) baseia os critérios de diagnóstico recomendados nos resultados do estudo Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome e nos critérios da IADPSG. Assim sendo, todas as grávidas deverão ser submetidas a uma avaliação da glicemia plasmática em jejum logo na primeira visita pré-natal. Caso o valor da glicemia seja superior ou igual a 92mg/dl, mas inferior a 126mg/dl, isso significa que é consistente com o diagnóstico de DG. Na situação em que o valor é inferior a 92mg/dl, a grávida deve ser reavaliada entre as 24^a e 28^a semanas de IG com uma PTGO com 75g de glicose para uma nova avaliação. Nesta circunstância, o diagnóstico de DG é feito considerando os valores limites: 0h - $\geq 92\text{mg/dl}$ e $< 126\text{mg/dl}$; 1h - $\geq 180\text{mg/dl}$ e 2h - $\geq 153\text{mg/dl}$. É importante que o EESMO esteja atento a qualquer alteração fora do padrão adequado de glicemia plasmática para poder identificar desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (DR, nº35 de 18 Fevereiro 2011). Alguns casos de alteração fora do padrão adequado de glicemia plasmática foram detetados durante as consultas e reportados para um acompanhamento médico especializado.

O processo de adaptação à DG pode ser complexo, uma vez que envolve diversos fatores que influenciam a gravidade desta patologia. Como agentes facilitadores deste processo é de nossa responsabilidade identificar o nível de conhecimento e habilidades na gestão da doença. Entendemos que até se confrontarem com esta patologia a maioria das grávidas não possuíam conhecimento e habilidades suficientes para uma gestão eficaz da doença, o

que, na nossa perspectiva, é completamente válido para quem nunca antes tenha sido confrontado com situação semelhante.

O foco Gestão do Regime Terapêutico foi o mais frequente em casos de casais que tinham uma gravidez de risco por DG. Este foco inclui a Monitorização da glicemia capilar, Regime dietético, Regime de exercício e habilidades para Autoadministração de insulina.

Na DG a Monitorização da glicemia capilar assume-se como um meio essencial para avaliar a necessidade de ajuste da dieta ou atividade física, introdução de insulina e, ainda, os ajustes frequentes da dose quando esta é prescrita. Uma vez conjugados os seus resultados com a evolução do peso na gravidez, a autovigilância também pode desempenhar um papel relevante na aferição do cumprimento do plano alimentar prescrito, sendo-nos possível fazer uma avaliação coerente. Nas grávidas tratadas apenas com terapêutica médica nutricional e atividade física, a frequência das determinações da glicemia deve ser pelo menos de 4 por dia. A recomendação é de serem em jejum e 1 hora após o início das refeições principais (DGS, 2011).

A terapêutica da DG inicia-se com terapêutica não farmacológica, incluindo regime alimentar e regime de exercício físico. Durante as consultas de Enfermagem com grávidas com DG o Regime Terapêutico foi foco das intervenções, incluindo ainda o Regime Dietético, Regime de Exercício e ainda competências de monitorização de glicemia capilar e/ou administração de insulina.

O foco Regime Dietético nestes casos inclui atividades diagnósticas para ser-nos conhecido o número de refeições diárias, o intervalo entre elas, como se caracteriza cada refeição (incluindo ingestão de líquidos) e face ao diagnóstico elaborado intervir ou não sobre estes parâmetros. Foi ensinado às grávidas de que o plano alimentar diário deve ser equilibrado e os hidratos de carbono/valor calórico total devem ser distribuídos, principalmente, ao longo do dia por 3 refeições principais, 2-3 intermédias e uma ceia, evitando um intervalo maior que 3 horas sem ingestão de carboidratos. Sendo que a ceia deve ser composta por leite ou substitutos sempre acompanhados de alimentos ricos em hidratos de carbono complexos para evitar a hipoglicemia noturna e a cetose matinal. Tendo sempre em atenção, durante a dieta, os

micronutrientes fundamentais, tal como os minerais (ferro e cálcio), vitaminas (ácido fólico, vitamina C e vitaminas lipossolúveis) e as fibras solúveis e insolúveis. Obviamente, a ingestão de água também era recomendada (aproximadamente 2000ml por dia) e o consumo de bebidas alcoólicas contraindicado (DGS, 2011).

No que diz respeito ao Regime de Exercício, negociamos com os casais, que este deve ser regular, dando preferência à marcha, preferencialmente no período pós-prandial (DGS, 2011). E o ensino sobre a importância desta ação para o controlo de glicemia foi regularmente realizada, já que a maioria das grávidas diabéticas que frequentavam as consultas no CHPVVC não praticavam nenhum tipo de atividade física ou exercício, e não viam na gravidez uma oportunidade para integrá-los na sua rotina.

Por fim, outras facetas do foco: Regime Terapêutico inclui competências para autoadministração de insulina, se necessário. O recurso a materiais auxiliares, como panfletos informativos, canetas de insulina e máquinas de monitorização de glicemia capilar exemplificadoras foram essenciais para as intervenções serem implementadas de forma eficaz.

Uma gravidez com diagnóstico de DG pode desenrolar-se dentro do normal, se houver um bom controlo glicémico. Em relação ao parto, importa apenas referenciar alguns aspetos que o diferem de uma gravidez fisiológica, que também foram abordados com os casais durante as consultas de Enfermagem, evitando o fator surpresa na fase final da gravidez.

Mesmo na presença de DG, o parto por via vaginal é preferida, considerando que a indução do TP deve ser ponderada na presença de complicações maternas e/ou fetais e tendo também em conta fatores como a IG, a paridade, o índice de Bishop e a avaliação do peso fetal. Nos casos em que a estimativa do peso fetal, no termo, seja superior a 4000g (macrossomia fetal) deverá ser ponderada a realização de uma cesariana eletiva, salvaguardando que numa situação de parto por via vaginal, este deve estar limitado às situações de boa progressão do segundo estágio do TP (DGS, 2011). O protocolo aplicado no CHPVVC é que, se até as 40 semanas de IG a grávida não entra em TP espontaneamente, nesta consulta, caso a avaliação do Índice de Bishop seja favorável marca-se a indução de TP, se

este for desfavorável marca-se uma cesariana eletiva, e no dia do internamento para esta cirurgia, verifica-se novamente o Índice de Bishop, caso este se tenha modificado é parecer razoável para uma indução de TP, sendo esta então iniciada.

A partir das 28 semanas de IG o casal grávido, seguido nas consultas de gravidez de risco, é convidado para participar do programa de intervenções de grupo de preparação para a parentalidade e preparação para o parto. A consciencialização e incentivo à participação nestas intervenções foi realizada a todos os casais. Os objetivos adjacentes são: preparar as mulheres e os seus parceiros para o parto e parentalidade, desenvolver as redes de apoio social, ensinar formas de lidar com a dor e *stress* durante o TP, aumentar a confiança das mulheres na sua capacidade de parir. As principais razões para as mulheres e os seus parceiros participarem nestes programas são: obter informações sobre mudanças fisiológicas durante a gravidez e desenvolvimento fetal, reduzir a ansiedade e aprender como cuidar do RN depois do parto. Os programas também incluem a discussão de várias complicações e opções durante o TP, que são questões do interesse do público-alvo (Gagnon et al. 2011).

Assim, entendemos que a atuação do EESMO pode apresentar-se como um importante contributo para a promoção da autonomia e empoderamento do casal grávido colaborando assim, para uma melhor vivência da gravidez e adaptação à parentalidade satisfatórias (Soares, 2014).

2.4. Nota conclusiva

Este capítulo permitiu-nos abordar a vivência de uma transição para a parentalidade e em simultâneo, a associação de uma patologia durante a gravidez. A vivência desta complexa situação permite que o casal, em especial, a mulher fique mais vulnerável e instável emocionalmente. Ao entendermos os focos de atenção mais frequentes no caso de grávidas com DG podemos conceber, planear, implementar e avaliar intervenções adequadas ao indivíduo com esta condição de saúde. Além disso, a

preparação para o parto e parentalidade, conforme descrito neste capítulo, constitui-se como uma oportunidade de intervenção na vida do casal grávido.

3. O TRABALHO DE PARTO: UM EVENTO CRÍTICO NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

3.1. Nota introdutória

Neste capítulo explanamos as nossas intervenções desenvolvidas durante o TP e parto, promovendo uma reflexão sobre o protocolo atual do TP na prática clínica, além das estratégias de alívio da dor durante o TP. Além disso, relatamos a construção de uma relação de confiança e apoio contínuo durante o TP. E, por fim, uma reflexão sobre a prática de partejar numa reflexão sobre a mudança de paradigma.

A atuação do EESMO está inerentemente relacionada com a saúde da parturiente/RN/família e a conceptualização do Estágio de Trabalho de Parto e Parto vai ao encontro das diretrizes propostas pela Comissão de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2009, pp.15), que preveem que as competências específicas deste profissional devem relevar o cuidado à “(...) *mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina*”. Este é um compromisso dos EESMO durante a sua atuação profissional, que se inicia desde a sua formação.

3.2. Controlo do trabalho de parto: pertinência do protocolo atual da prática clínica

Os cuidados prestados pela equipa de EESMO do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHPPVC estão, fortemente, enraizados no modelo de assistência em que o EESMO trabalha em parceria com a mulher, colocando-

a no lugar central durante o ciclo reprodutivo, o que permite continuidade de cuidados, a qual melhor protege o processo normal de parir e nascer (OE, 2015).

A maioria das enfermeiras que trabalham no serviço de Obstetrícia do CHPVVC são EESMO. Neste serviço, opera um padrão de rotatividade das enfermeiras pelos diferentes serviços prestados aos clientes. Os casais contactam com a equipa profissional que lhes prestará assistência durante o seu TP, parto e puerpério, desde as intervenções em grupo de preparação para o parto e/ou parentalidade e consultas de Enfermagem especializadas. Esse modelo torna possível a continuidade de cuidado em Saúde Materna e Obstetrícia. De acordo com Jonge et al. (2014), é possível definir três principais tipos de continuidade de cuidados: o *informational continuity*, que se refere ao tipo de cuidados no qual todos os profissionais dispõem de informação clínica e pessoal que lhes permitem prestar os cuidados necessários ao casal, o *management continuity*, que impõe uma abordagem consistente ao TP da mulher e que permite adaptar os cuidados prestados às mudanças sentidas pela mulher ao longo do processo, e o *relational continuity* que se reporta- ao cuidado prestado por apenas um profissional ao longo da experiência de TP e parto do casal. Estes autores concluíram que as mulheres se sentem mais seguras e satisfeitas com a sua experiência de parto quando são cuidadas em modelos de continuidade de cuidados.

Atualmente, o CHPVVC tem por ano, aproximadamente, 900 partos. E a cada vez que um casal grávido acede ao bloco de partos do CHPVVC, seja por entrada em TP espontâneo, indução de TP, marcação de cesariana eletiva ou por transferência do internamento hospitalar de grávidas de risco é realizado o acolhimento desta família pela equipa do bloco de partos de modo empático, em que são realizadas as devidas apresentações da equipa de cuidados de saúde, instalações físicas e os recursos disponíveis aos quais o casal poderá usufruir durante a sua permanência no serviço, tratando-se principalmente de um espaço individualizado, com uma cama adaptável a todos os períodos do TP. Durante todo o período de estadia no bloco de partos, a parturiente pode se fazer acompanhar por uma pessoa significativa,

que regra geral é o pai do RN ou a mãe da parturiente, podendo ajudá-la a sentir-se segura de modo a que ela consiga vivenciar aquela experiência de acordo com suas expectativas prévias.

Depois de preparado o ambiente da sala de partos, o que inclui organização dos pertences pessoais da família e troca de roupa da parturiente para uma bata do serviço, através de entrevista e consulta do Boletim de Saúde da Grávida realizamos uma colheita de dados que consta: nome pelo qual desejam ser tratados, acompanhante significativo que gostaria de ter presente durante o TP e parto e o respetivo contacto, sentimentos em relação à gravidez, vigilância da gravidez (local e número de consultas), exames e análises clínicas realizados durante a gravidez, expectativas e emoções em relação ao TP e parto, esclarecimento de dúvidas, frequência de intervenções de grupo para a preparação para o parto e parentalidade, índice obstétrico, idade, antecedentes clínicos e cirúrgicos, grupo sanguíneo, alergias, alimentos mal tolerados, nome do RN, experiência de parto anterior, se múltipara (tipo de parto, idade do último filho, peso do RN e IG), possibilidade de recurso a técnicas não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor em TP e a existência de plano de parto.

Todos estes dados colhidos são registados na plataforma informática de registos de Enfermagem - SClinic, onde também é possível elaborar diagnósticos de Enfermagem. Um dos principais focos de Enfermagem durante a estadia do casal grávido no bloco de partos é o TP, onde é possível identificar - Trabalho de Parto - ou a sua potencialidade - Potencial para Trabalho de Parto.

O diagnóstico de Trabalho de Parto não é ainda consensual na evidência científica, no entanto, pode ser definido como a presença de contrações uterinas espontâneas, pelo menos 2 em 15 minutos, e dois dos seguintes sinais: extinção do colo uterino e dilatação do colo uterino (3 cm ou mais), ou rutura espontânea de membranas (ICSI, 2013). Durante as intervenções de grupo de preparação para o parto e nas consultas de Enfermagem as mulheres foram encorajadas a permitirem que o seu corpo entre em TP

espontaneamente, devendo-se dirigir ao hospital quando estiverem em fase ativa de TP.

Sabemos que quanto mais tarde as mulheres são admitidas no hospital, maior é o controlo sentido por elas do seu TP, apresentando menor necessidade de controlo da dor através do recurso a analgésicos e menor possibilidade de receber intervenções obstétricas desnecessárias (Porto et al. 2010). A fase latente do primeiro período do TP pode durar até 20 horas na nulípara (Graça et al. 2010) e evitar a estadia da mulher no hospital durante este tempo faz com que o internamento seja mais curto, o segundo período do TP seja mais rápido, sem, contudo, afetar o desfecho perinatal (Porto et al. 2010).

Muitas intervenções no CHPVVC são realizadas rotineiramente durante o TP e parto, como por exemplo, a utilização de bata do serviço, colocação de cateter venoso periférico com perfusão de ocitocina e/ou Lactato de Ringer, monitorização cardiotocográfica intermitente, amniotomia no TP e, ainda, a posição do parto. Na verdade, importa salientar que a equipa de EESMO tem investido cada vez mais na análise individual da real necessidade de cada intervenção. No entanto, muitas vezes, a realização de uma intervenção inicial aumenta a probabilidade de co-intervenções para monitorizar, prevenir ou tratar efeitos adversos, constituindo assim, uma ‘cascata de intervenções’ (Caton, 2002 cit. por Hodnett et al. 2012). Um exemplo de uma destas intervenções é a indução de TP.

A indução do TP desfaz irreversivelmente, a possibilidade da grávida entrar em TP espontâneo e consequentemente, todos os benefícios que poderiam decorrer disto. Assim sendo, algumas das consequências dos nascimentos induzidos artificialmente com fármacos, e como foi evidente durante o exercício da prática clínica, foram: contrações mais precoces; TP mais dolorosos e necessidade de um maior número de intervenções.

A indução de TP é decidida sempre que o término da gravidez apresente maior benefício e menos riscos para a saúde materna e fetal do que a sua continuidade (ACOG, 2009). De acordo com a DGS (2011) constituem indicações para maturação cervical e a indução do TP: a patologia médica

ou obstétrica grave que põe em risco a saúde materna ou fetal, o oligoâmnios em gestação de termo, a RCIU com alterações fluxométricas, a morte fetal e a gravidez não complicada que atinge as 41 semanas de gestação completas. É recomendada ainda que para evitar complicações neonatais deverá, sempre que possível, ser evitada a maturação cervical ou a indução do TP, antes das 39 semanas de IG, exceto em situações em que exista um claro benefício de saúde para a grávida ou para o feto.

No entanto, na prática observamos e percebemos que a maioria das induções de TP não respeitam estes critérios, não havendo uma razão científica para o aumento de induções. A ACOG (cit. por Lamaze Internacional, 2003) considera que o aumento dramático das induções se deve em parte à pressão das grávidas, conveniência dos médicos, a disponibilidade muito difundida de agentes para maturação cervical/indução de TP e a interesses de responsabilidades, como a conveniência para os profissionais. Esta referência bibliográfica considera que existem evidências crescentes que a indução do TP não está isenta de riscos, destacando-se: a) prematuridade; b) complicações e nascimentos por cesariana; c) aumento da necessidade de intervenções e d) desvantagens psicológicas.

O momento da administração de medicação uterotônica marca, por vezes, o começo de uma sequência de procedimentos protocolados e descaracterizados - cascata de intervenções. A partir daqui muitas condutas utilizadas rotineiramente dificulta a implementação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor de TP. Pelo território ser, também, ocupado pelo médico obstetra, a palavra de ordem parece ser: acelerar o parto. A perfusão intravenosa de ocitocina é, em muitas situações, utilizada para acelerar o TP após a rutura espontânea ou artificial das membranas. A combinação da perfusão ocitócica com a amniotomia precoce é, frequentemente, chamada de controlo ativo do TP e constitui uma linha de pensamento que resulta numa extraordinária distorção da definição de parto normal e ilustra bem a confusão que existe na abordagem em relação ao que é normal e ao que é patológico no parto. O atrativo do controlo ativo está,

provavelmente, relacionado com sentimentos de controlo e poder e daí a componente arrogante subjacente a esta prática.

Em casos de indução de TP foi-nos possível observar então, a tal ‘cascata de intervenções’, que sem muitas exceções percorriam o seguinte caminho: Início de indução de TP (administração de Prostaglandinas ou Perfusão de Ocitocina), perfusão de Lactato de Ringer, monitorização cardiotocográfica contínua e, quando as contrações uterinas se tornavam dolorosas, colocação do cateter por via epidural com gestão de analgesia, restrição da mobilidade ao leito, esvaziamento vesical por cateterismo e, por fim, a chegada do período expulsivo a restrição da posição para parir, principalmente, a posição semi-sentada (ver Figura 2).



Figura 1 - Intervenções frequentemente resultadas da Indução de TP

Conforme destaca Progianti (2001), o processo de medicalização e a dominação do corpo da mulher, por parte dos profissionais de saúde, faz com que algumas delas aceitem e acreditem que a realização de procedimentos invasivos é benéfica para a evolução do TP, embora, em alguns casos, seja também a causa de dor e sofrimento.

A OMS (1996), adverte que no parto normal deve existir uma razão válida para interferir no processo natural. A presença do soro e a monitorização cardiotocográfica limita os movimentos de deambulação das parturientes e faz com que estas mulheres fiquem preocupadas e incomodadas com estes

objetos estranhos ligados ao seu corpo, além de focar a atenção do profissional mais na tecnologia do que no cuidado à mulher.

A validade do debate crítico sobre a qualidade da prática obstétrica exercida durante o estágio de Trabalho de Parto e Parto exige as mais pertinentes comparações com os referenciais de conduta na assistência ao parto normal. Assim, comparando a ação desenvolvida com as quatro categorias sobre práticas assistenciais que envolvem o parto normal definidas pela OMS (1996) verificamos que se praticam, de forma rotineira, algumas intervenções que a evidência considera prejudiciais, ineficazes ou inadequadas. Mas, como justificamos este paradoxo? Esta questão marca o início de um debate sobre os lapsos existentes entre o conhecimento científico e a conduta prática na assistência à mulher/casal e família em TP e parto e ao RN.

Por outro lado, destacamos um leque de partos em que foi possível adotar práticas de qualidade, constituindo manifestações de atitude singelas capazes de estabelecer um diferencial em termos de cuidado, destacando-se: oferecer à mulher/casal informações sobre o que necessitasse ou desejasse; dar liberdade (relativa) de movimento e posição durante o TP; incentivar a presença do acompanhante significativo escolhido pela mulher; possibilitar o uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de TP; promover o apoio físico e emocional constante durante os quatro períodos do TP; oferecer líquidos e gelatinas; possibilitar a adoção de posições não supinas durante o TP e parto; permitir, sempre que possível, o contacto pele a pele entre a mãe e o RN e o início da amamentação na 1ª hora pós-parto. Consideramos, portanto, que, dentro do possível, as intervenções de Enfermagem especializada que foram desenvolvidas à mulher/casal e família em TP e parto e a assistência ao RN situaram-se num nível muito promissor. Sendo possível, por exemplo, acompanhar 74% dos trabalhos de parto espontâneos sendo que destes, 8% foram trabalhos de partos naturais, sem recurso a analgesia por via epidural.

3.3. Estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

A experiência do TP e parto é determinada pelo meio social e cultural em que a mulher se insere. A dor é um dos fatores que mais negativamente interfere, na percepção da experiência de parto. Isto porque quando sentida durante o TP e se de grande intensidade, leva a que a mulher fique menos disponível para se envolver emocionalmente com o RN depois do parto (Niven, 1988 cit. por Sousa, 2015).

Entender o TP oferece a possibilidade de se olhar o fenómeno da dor e da capacidade da mulher para gerir a dor de TP, sendo esta uma das nossas primeiras intervenções desempenhadas. Embora à experiência de TP se associem diversos elementos, a experiência da dor é preponderante e considerada, pela maioria das mulheres, como a pior componente do TP (Mackey, 1998). Neste contexto, a dor no TP é responsável por múltiplos sentimentos durante este período e tem merecido especial atenção por parte dos profissionais da saúde nos últimos anos, dado que, apesar de ser difícil de descrever (Lundgren et al. 2002), está presente na maioria das experiências de TP.

A experiência da dor associada ao TP é única. Embora as experiências típicas de dor tendem a indicar uma lesão ou doença, a dor de parto surge durante um processo fisiológico normal em que o aumento da intensidade está associada com a progressão normal de TP (Lowe, 1991 cit. por Whitburn et al. 2014).

A dor de TP e sua gestão continua a ser uma preocupação primordial para mulheres grávidas, suas famílias e seus provedores de cuidados de saúde. Tendo em conta os potenciais efeitos colaterais sobre as mulheres e fetos, o uso de analgésicos e anestésicos farmacológicos pode não ser a primeira escolha para as mulheres em TP. Assim, constatamos na prática que muitas mulheres quando se aproximam do momento do parto têm o desejo de evitar agentes farmacológicos de alívio da dor ou minimizar seu uso.

Como indicado por McCrea et al. (1999 cit. por Makvandi et al. 2015), o aumento de estratégias de *coping* durante o parto pode ajudar a promover

sentimentos de ‘estar no controle’ durante um estímulo doloroso, que por sua vez pode resultar em uma maior tolerância à dor. Sanders (2013) afirma que o *empowerment* da mulher significa que ela se torna capaz de experimentar o seu TP como protagonista do processo. Assim, quando os profissionais da saúde promovem a participação da mulher durante o TP estão a reconhecer o seu protagonismo na experiência, o que contribui para a eliminação de emoções negativas como o medo, a dor, a angústia e o pânico (Lopes et al. 2005).

No contexto do bloco de partos do CHPVVC o envolvimento do casal/família na tomada de decisão foi realizado em todos os casos, exceto em situações de urgência que pode colocar em risco o bem-estar da parturiente e do RN. Antes de decidir que estratégia seria utilizada para alívio da dor de TP, conversamos com o casal e promovíamos uma tomada de decisão informada, esclarecendo as vantagens e as desvantagens de cada método naquela situação em particular.

As estratégias não farmacológicas podem ajudar no processo de gestão da dor, sabendo que a autoeficácia desempenha um papel importante na capacidade de uma mulher para esta gestão. Lowe (1989 cit. por Gau et al. 2011) indicou que a percepção da autoeficácia afeta a experiência de parto, tanto em termos de funções corporais como nos pensamentos e sentimentos sobre o parto. Se as mulheres são altamente autoconfiantes, elas serão capazes de lidar com o TP, desfrutando de uma experiência de parto positiva. Percebemos que as mulheres que possuíam maior percepção de autoeficácia eram aquelas que frequentavam o curso de preparação para o parto, e ainda mais, aquelas que construía o seu plano de parto em conjunto com um EESMO do CHPVVC. Nestes casos, observamos que estas mulheres demonstravam conhecimento sobre os diferentes métodos, e, principalmente, os seus benefícios, relevando confiança para utilizá-los.

Um dos métodos mais frequentemente utilizados foi a bola de pilates, ou bola de nascimento. O serviço possui bolas em todas as salas de parto. A maioria das mulheres fez uso desta estratégia, durante o desenrolar do TP. Perez (2001 cit. por Gau et al. 2011) afirmou que a bola de pilates é

fisicamente benéfica para o uso durante a gravidez e TP. Em termos de seus benefícios físicos, a bola de pilates promove o posicionamento ideal e a redução da dor durante as contrações uterinas, enquanto provoca um movimento não habitual da pelve materna. O uso da bola é uma ótima maneira de aliviar o *stress* e a tensão. Com a superfície macia a bola pode proporcionar suporte para o períneo e/ou para a região lombar, sem atribuir uma grande quantidade de pressão (Simkin, 2007; Gau et al. 2011).

Diversos autores entendem que a utilização da bola de pilates permite que as parturientes tenham a 1ª fase de TP mais curta, menos analgesia por via epidural, e menos partos distócicos por cesariana. A bola de pilates serve como uma ferramenta de conforto para as mulheres, permitindo-lhes alcançar posições mais confortáveis no decorrer do TP. O uso da bola de pilates pode acelerar a descida do feto, permitindo às parturientes estarem na posição vertical e tirar proveito da gravidade (Simkin, 2007; Gau et al. 2011; Taavoni et al. 2016; Makvandi et al. 2015). Na realidade, percebemos que as mulheres relatavam sentirem-se mais confortáveis durante o uso da bola de pilates do que deitadas ou sentadas na cama.

Além da bola de pilates, que foi frequentemente utilizada, o caminhar/andar também foi outra estratégia incentivada. Estudos mostram que a liberdade de movimento está correlacionada com o alívio da dor, além de que, o movimento de balanço de uma mulher pode ajudar o feto a adotar uma posição mais favorável ao parto (Simkin, 2007; Gau et al. 2011, Taavoni et al. 2016). No entanto, importa ressaltar as circunstâncias na prática clínica em que não era recomendado o uso da bola de pilates ou deambular: na primeira hora após a rutura de membranas ou após a colocação de cateter por via epidural, na primeira meia hora ou até sentir os membros inferiores, após dose de analgesia por via epidural. Além disso, obviamente, o conforto da mulher era considerado, se esta não desejasse usar estas duas estratégias, era encorajada a usar alternância de posicionamentos no leito.

Movimentar-se durante as contrações uterinas ou alterar posições entre as mesmas, muitas vezes, aumenta o conforto e melhora o progresso do TP. Movimentos rítmicos podem fazer parte do ritual para lidar com as

contrações uterinas. Exemplos de posições incluem: parturiente ajoelhada sobre uma bola de pilates, de quatro apoios, em posição lateral, de cócoras ou até sentada no banco de partos, ressaltando que o importante é a mulher sentir-se livre para experimentar as diferentes posições e usar qualquer uma que lhe seja útil (Simkin, 2007; Taavoni et al. 2016).

Especificamente durante as contrações uterinas, a maioria das mulheres consideram proveitoso focarem-se na respiração. As técnicas de respiração ensinadas foram, principalmente, na fase latente - primeiro tipo de respiração (respiração tóraco-abdominal lenta, com inspiração e expiração profundas, num ritmo natural) e na fase ativa - respiração torácica lenta (respiração lenta, com inspiração e expiração profundas e longas, num ritmo natural, direcionando a respiração para a região torácica). Salientamos a importância da mulher se concentrar em libertar a tensão a cada expiração. Sendo que a respiração pode ser combinada com outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor. O importante é a parturiente manter o ritmo e a concentração na respiração, não permitindo que a dor seja foco da sua atenção e a capacidade de manter este ritmo, diz-nos que a mulher está a ser capaz de gerir adequadamente a dor (Simkin, 2007). Isto porque, as técnicas de respiração usam um padrão de respiração por uma resposta condicionada a contrações (Smith et al. 2011). No CHPVVC muitas mulheres usaram a respiração ao longo do TP, como estratégia de alívio da dor no TP, o que permite não só aliviar a dor como também uma adequada oxigenação à parturiente e ao feto.

Por outro lado, existem técnicas de relaxamento que incluem intervenções tais como a imaginação guiada e o relaxamento muscular progressivo. A imaginação guiada usa a imaginação como uma ferramenta para alterar o estado emocional da parturiente em TP reduzindo a dor e o *stress* (Smith et al. 2011). Numa vertente mais física, o relaxamento muscular progressivo envolve a libertação progressiva da tensão muscular, e para isso é necessário que a mulher seja instruída a identificar áreas dolorosas, a fim de substituir a dor com sensações reconfortantes. Estes tipos de estratégias estão associados com a redução da dor de TP, bem como a

duração da fase ativa do TP (Smith et al. 2011). No ambiente do CHPPVC, ambas estratégias foram utilizadas poucas vezes, por impossibilidade temporal, e apenas em casos em que as parturientes demonstravam pânico durante o período expulsivo, perdendo a capacidade de colaborar para o nascimento, e estas intervenções demonstraram-se úteis para solucionar estas situações, permitindo que as parturientes retornassem o foco da sua atenção para os esforços expulsivos. Estas experiências foram exclusivas à situações de período expulsivo prolongado em TP medicalizados.

Todos os meios disponíveis na infraestrutura do hospital que poderiam ser utilizados a favor da evolução do TP foram incentivados e usados pela parturiente/casal, um exemplo disto é o duche que foi usado inúmeras vezes pelas parturientes como método de conforto. Um banho quente a qualquer momento do TP foi uma excelente maneira de aliviar a dor, podendo dirigir o fluxo de água para a região dolorosa (Simkin, 2007). Em alternativa, pode-se servir da imersão na água numa banheira ou piscina, mas este recurso ainda não se encontra disponível no CHPPVC, mas estudos demonstram que as mulheres relatam menos contrações dolorosas, e um TP mais curto, quando fazem uso a este método. Além de, uma redução no número de intervenções e número e gravidade de lacerações perineais (Davies et al. 2014) e uma diminuição significativa no uso de analgesia por via epidural (Cluett et al. 2009).

Pela descrição acima, torna-se evidente a relevância que as estratégias não farmacológicas de alívio de dor têm, mas importante, também, é envolver a pessoa significativa para a parturiente nestes cuidados. Uma técnica que foi utilizada com a colaboração da pessoa significativa foi a massagem, este método envolve a manipulação dos tecidos moles do corpo usados para relaxar os músculos tensos (Smith et al. 2011). Pode ajudar a aliviar a dor, melhorar o fluxo de sangue e liberar analgésicos naturais do corpo - endorfinas, sendo possível massajar as mãos, pés, couro cabeludo, ombros e costas, sob a forma de carícia firme ou pressão com as mãos, principalmente, podendo fazer auxílio de óleo vegetais ou cremes corporais (Simkin, 2007). Em complemento da massagem, a acupressão pode ser

utilizada, e envolve a aplicação de pressão por um tempo limitado a determinados pontos do corpo e tem sido descrita como útil para gerir a dor de TP nos picos das contrações uterinas, realizando pressão dupla nas espinhas ilíacas (Sullivan et al. 2015), tendo sido útil principalmente nas parturientes que vivenciavam um TP natural sem nenhum tipo de analgesia farmacológica. No CHPVVC percebemos que os casais que demonstravam conhecimentos e habilidades sobre a massagem eram, na sua maioria, aqueles que frequentaram as intervenções de grupo de preparação para o parto.

A aplicação de calor, por exemplo, através de uma toalha quente húmida na região lombar ou nos ombros relaxa a musculatura (Taavoni et al. 2016). E, por outro lado, após o parto o emprego de gelo na região perineal ajuda na redução da dor e edema (Simkin, 2007). E ambos métodos foram recursos úteis no bloco de partos do CHPVVC. Apesar da aplicação de calor ter sido menos empregue que o frio, quando utilizada a parturiente relatava como uma estratégia benéfica no alívio da dor.

De um modo geral, todas as estratégias não farmacológicas descritas até então foram utilizadas no ensino clínico (Figura 2). A nossa intervenção permeou o encorajamento da parturiente para a execução dessas técnicas que dependessem dela, e também, o incentivo da participação ativa da pessoa significativa na gestão ativa da dor de TP. Claro está que, pela questão principal de estabelecimento de prioridades e tempo, a execução destas técnicas nem sempre foi possível e, atendendo as particularidades de cada mulher e cada TP, a implementação destas técnicas não se adequam em todos os casos, podendo ser limitada pela recetividade do casal, intensidade da dor, entre outros. Importa fazermos uma correta leitura da necessidade e disponibilidade da família para encontrar a estratégia que melhor se adapte a cada situação, se a parturiente e a pessoa significativa não conseguem fazê-lo. Salientamos a importância de um maior investimento da equipa de saúde, especialmente do EESMO, na promoção e no incentivo do uso destas estratégias. Além do benefício físico para a mulher e o feto, o bem-estar emocional e a maior ligação entre parturiente/pessoa

significativa/RN, estas, constituem-se como meios de baixo custo e fáceis de se implementar na prática, além de serem não-invasivas. Estas intervenções poderão ser usadas pelos EESMO como parte da sua rotina quando prestam cuidados a mulheres durante o processo de TP (Janula et al. 2015; Fakari et al. 2015), podendo aumentar a satisfação das mulheres com a sua experiência de parto (Santana et al. 2015).



Figura 2 - Estratégias não farmacológicas de alívio da dor no TP

Sabemos ainda que existe um leque amplamente vasto de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de TP que são passíveis de se implementar, por exemplo, a reflexologia, o yoga, a hipnose, a acupuntura, a aromaterapia e a homeopatia. No entanto, nestes casos, exigem que o EESMO seja competente na execução dessas técnicas, que requerem uma formação específica.

Mesmo sendo quase infinitas as opções de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de TP, nem sempre são utilizadas ou totalmente eficazes. E, a inadequada gestão da dor de TP está associada com consequências fisiológicas adversas para a parturiente, para o progresso do TP, e para o

bem-estar do feto, incluindo o aumento do consumo de oxigénio e hiperventilação resultando em hipocapnia e alcalose respiratória, assim como a estimulação do sistema nervoso autónomo e a produção de catecolaminas, que faz o aumento da resistência vascular periférica, da pressão arterial e do débito cardíaco, diminuindo a perfusão sanguínea da placenta (Santana et al. 2015), que predispõem à hipoxia fetal. E além de, contribuir para a exaustão materna, podem produzir distúrbios emocionais a longo prazo que podem influenciar negativamente o relacionamento da mãe com seu bebé durante os primeiros dias (Anwar et al. 2015).

Em Portugal, e obviamente, no CHPVVC a analgesia por via epidural é frequentemente utilizada. É considerada a técnica mais difundida, mais indicada e mais usada de analgesia local com vista à redução da dor e compreende a administração de anestésicos por via epidural (DGS, 2001). Importa ressaltar que a percentagem de parturientes que recorrem a este tipo de analgesia é bastante significativa, no nosso caso, num total de 50 partos executados, apenas em 3 deles não se utilizou a analgesia por via epidural como método de alívio da dor de TP, por impossibilidade de inserção do cateter por via epidural ou pela admissão da parturiente ser feita já em período expulsivo.

A analgesia por via epidural é uma técnica de bloqueio do nervo central, que envolve a injeção de anestésicos locais na região inferior da coluna próximo aos nervos que transmitem os estímulos dolorosos das contrações uterinas e canal de parto. Os anestésicos inibem a condução do nervo através do bloqueio dos canais de sódio em membranas nervosas, impedindo assim a propagação de impulsos nervosos de origem dolorosa ao longo destas fibras (Anwar et al. 2015).

Os benefícios da analgesia por via epidural incluem o alívio eficaz da dor, sem bloqueio motor apreciável, a redução das catecolaminas maternas e um meio para conseguir anestesia cirúrgica rápida (Anwar et al. 2015), mas parece estar associada com certos efeitos colaterais, tais como: a hipotensão arterial materna, a diminuição da perfusão uteroplacentária, a bradicardia fetal, a febre e prurido, a maior taxa de uso de perfusão de ocitocina, uma

maior taxa de parto instrumentado/cirúrgico e estão implicados em uma cascata de intervenções (Adams et al. 2015; Santana et al. 2015; Hasegawa et al. 2013; Cheng et al. 2014; Eriksen et al. 2011; Indraccolo et al. 2012; Anwar, et al. 2015; Zhang et al. 2016; Anim-Somuah et al. 2011).

Conhecendo o contexto atual em que a maioria das parturientes usufruem da analgesia por via epidural e ainda as consequências desta, investimos a nossa atuação, dentro do possível, em intervenções complementares que facilitaram o progresso do TP e o alívio da dor, como as referidas anteriormente. Sabemos que não podemos ir contra as condicionantes que a administração da analgesia por via epidural nos coloca, como o caso de TP mais lentos, maior restrição ao leito e pouca colaboração materna no período expulsivo, no entanto incentivamos o deambular quando possível, o uso da bola de pilates e, próximo ao nascimento, sugerimos posições alternativas para a expulsão do feto, como o caso da posição lateral que foi uma estratégia utilizada frequentemente e que demonstrou resultados positivos.

3.4. Relação de confiança e apoio contínuo durante o trabalho de parto

As mulheres durante o TP podem estar particularmente vulneráveis a influências ambientais, os cuidados modernos frequentemente sujeita as mulheres às rotinas institucionais, altas taxas de intervenção, pessoas não familiares, falta de privacidade e outras condições que podem ser experimentadas. Estas condições podem ter um efeito adverso sobre o decorrer do TP e no desenvolvimento de sentimentos de autoeficácia e confiança que, por sua vez, pode prejudicar o início da ligação mãe-filho e no estabelecimento da amamentação. Entendemos que a provisão de apoio e companheirismo durante o TP pode, até certo ponto, proteger de tais agentes *stressores*. Estudos sobre as relações entre o medo a ansiedade e as complicações de resposta ao *stress* demonstraram que a ansiedade durante o TP está associada a altos níveis de hormona de *stress* no sangue

(adrenalina), que por sua vez pode levar a anormais padrões de frequência cardíaca fetal durante o TP, diminuição da contratilidade uterina, que por consequência, TP mais longos e índices de Apgar baixos (Lederman, 1981 cit. por Hodnett et al. 2012).

A intervenção de acompanhamento durante o TP e parto incluiu suporte emocional (presença contínua, tranquilidade, etc.), informações sobre o decorrer do TP e conselhos sobre estratégias de *coping*, medidas de conforto (como o toque, a massagem, os banhos quentes, promovendo a ingestão adequada de líquidos) e o apoio (ajudando a articular o desejo da mulher com a realidade) (Hodnett et al. 2012). No CHPVVC é permitida o acompanhamento da parturiente por uma pessoa significativa, que regra geral é o pai do bebé ou a mãe da parturiente. Este direito já é salvaguardado pela legislação portuguesa desde 1985 na Lei n.º 14/85, de 6 de Julho (Martins et al. 2006). Não foram raras as vezes em que foram permitidos mais do que uma pessoa na sala de partos, desde que fosse esse o desejo da parturiente e as condições no serviço possibilitasse. É-nos claro que, o apoio contínuo durante o TP deve ser a norma, em vez de ser a exceção.

Na prática observamos que as mulheres em TP e seus parceiros desenvolvem um sentimento de ‘unidade’, quando a pessoa significativa colabora na promoção do conforto da parturiente, sendo estas estratégias fundamentais no incentivo da participação do acompanhante, principalmente paterna, durante o TP (Gau et al. 2011).

Um Decreto de Lei português esclarece “*o direito ao acompanhamento pode ser exercido independentemente do período do dia ou da noite em que o TP ocorrer*” (DR, n.º 57, de 21 Março 2014, pp. 301) e ainda mais recentemente foi conquistado o direito da pessoa significativa estar presente na intervenção cirúrgica, caso seja uma cesariana, desde que “*não se verifique a existência de uma situação clínica grave*” (DR, n.º 76, de 19 Abril 2016, pp.1). No CHPVVC mesmo antes de ser lei o direito de acompanhamento durante uma cesariana, já se verificava e é fortemente encorajado pelos EESMO.

Acreditamos que o apoio contínuo durante o TP tem o potencial para limitar uma cascata de intervenções e por conseguinte, ter uma ampla gama de efeitos diferentes, em comparação com o cuidado normal. Por exemplo, se o apoio contínuo leva ao aumento da mobilidade durante o TP, à redução do uso de analgesia por via epidural, que por sua vez, envolve menos uso de monitorização cardiotocográfica, menos uso de perfusão de ocitocina, menos cateterismo vesical e, em relação ao período expulsivo, menos partos instrumentados, episiotomia e menor morbidade associada a estes (Gau et al. 2011; Bruggemann et al. 2007; Hodnett et al. 2012).

De modo geral, quando as mulheres avaliam a sua experiência, quatro fatores predominam: o apoio contínuo, as relações com os cuidadores, envolvimento na tomada de decisões e experiências que superam as suas expectativas (Hodnett et al. 2012), desempenhando os EESMO um papel central no apoio ao parto fisiológico normal (Zinsser et al. 2016).

Klausb et al. (2000 cit. por Souto, 2013) afirmam que um apoio contínuo, pelos profissionais da saúde, pode representar um fator importante na diminuição das intervenções obstétricas e das complicações na mulher, evitando uma cascata de intervenções, como já afirmamos. Deste modo, a relação que se desenvolve entre a mulher e o EESMO representa um fator primordial, com significados que são enfatizadas após o parto. Uma vez que o EESMO é o profissional que na sala de partos assume um papel de destaque, é aquele também que é corresponsável pela satisfação das necessidades individuais das mulheres, sendo importante na ligação ao ambiente vivido durante o TP (Wilde-Larsson et al. 2011) e, como consequência, pode representar uma influência poderosa sobre os resultados fisiológicos e psicossociais da experiência de TP.

Durante o TP, a mulher pôde estabelecer connosco uma relação de confiança, uma vez que fomos quem a informou sobre o progresso do seu TP, e que lhe lembrou como ajudar a si mesma, em cada uma das fases do TP. Além disso, pudemos esclarecer e colaborar nas técnicas não farmacológicas de alívio da dor, reconhecendo as expectativas da mulher, ajudando a resolver conflitos gerados ao longo do TP, o que pôde aumentar a confiança

da mulher e a capacidade para lidar com as contrações uterinas e encorajando atividades e as posições relativas ao TP que são conhecidas por serem benéficas para o progresso do TP (Hodnett et al. 2012).

Ademais, pudemos oferecer suporte e contribuir para a diminuição da ansiedade do acompanhante, mantendo-o informado sobre o TP (Adams et al. 2008). Portanto, o compreendemos que o nosso papel foi crucial na ajuda às mulheres para atingir uma experiência de TP positiva, constituindo como a maior fonte de apoio emocional (Souto, 2013).

3.5. Mudando o paradigma: de executar a técnica de parto a ajudar a nascer através de uma relação de confiança

Ao estabelecermos uma relação de confiança, como descrito acima, podemos facilitar o processo de TP. No entanto, ressaltamos que a participação ativa e informada e a percepção de controlo durante o TP, por parte da parturiente, são preditores da satisfação da experiência de TP.

Cada vez mais, existe um maior suporte científico com evidência inquestionável da necessidade de haver modificações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, porém desmedicalizá-lo significa a perda do poder dos profissionais de saúde que assistem ao parto (EESMO e médicos obstetras). Renunciar aos protocolos tradicionais e assumir práticas que priorizam o TP fisiológico seria perder o controlo do parto. De facto, os avanços da medicina permitiram a resolução de situações/problemas no ramo da obstetrícia, mas importa distinguir quando a intervenção, a medicalização do parto é imprescindível e necessária ao bem-estar da mulher e do RN. A vertente tecnicista não deve, de modo algum, ser descurada, mas os aspetos relacionais, sociais e as necessidades da mulher e da família assumem particular relevância no real sentido do cuidar, devendo por isso ser incorporadas nas práticas das instituições.

Peterson (1996 cit. por Souto, 2013) afirma, que entre outros fatores que contribuem para uma percepção positiva da própria mulher em TP, pode ser

referida a participação ativa no TP, inclusive nas tomadas de decisões. Todavia, afirma ainda que quando a mulher percebe que as suas expectativas sobre o TP são aceites e respeitadas pelos profissionais da saúde, maior será a sua percepção de autoeficácia. O grau de informação, tanto durante a gravidez, como durante o TP, tem sido mostrado como um fator de grande relevância para as mulheres, por possibilitar uma maior participação no processo decisório e aumentar a sua percepção de estar no controlo da situação, influenciando a satisfação com a experiência de TP.

A gravidez e o parto são tempos inerentes ao ciclo de vida do sexo feminino, um processo fisiológico, em que uma mulher deve ser a protagonista em todos os momentos destes eventos. Logo, necessitamos de serviços, dirigentes e profissionais que desenvolvem e atualizam políticas públicas que garantam o direito à qualidade, atenção integral e humanizada, e que atendem a saúde das famílias. A partir desta perspetiva, a violência contra as mulheres é perpetuada na restrição de métodos não farmacológicos de alívio da dor, na realização de procedimentos desnecessários, sem o seu consentimento (como o uso de ocitócicos, toque vaginal, amniotomia e episiotomia), restrição da posição de parto, manobra de Kristeller, etc. por parte de profissionais e serviços de saúde. O tema também nos faz refletir sobre o exercício real do poder e da autoridade dos profissionais de saúde. O processo de nascimento em um modelo tecnocrático em que as mulheres estão sujeitas compreende diferentes tipos de violência. Assim, temos que lutar contra as práticas institucionais e modelos de nascimento intervencionistas em favor do resgate da saúde reprodutiva das mulheres como o real papel na cena do parto (Rodrigues et al. 2015)

Quando se apela à qualidade da assistência na prática obstétrica, parece-nos que o ponto de partida é o respeito pela mulher em TP. Mas, por vezes, a linha que separa o respeito da falta de respeito parece ser ténue, aquando do exercício da prática clínica. Ramalho (2010, pp.15) refere:

“Respeito e falta de respeito surgem como dois pólos da mesma realidade, numa alternância de opostos. É esta alternância, que nos permite aceder ao verdadeiro

significado de cada pólo, que aparecem como opostos e até antagônicos, mas que no mundo da vida das participantes constituem um todo unificado. As experiências das parturientes revelaram que durante o TP no hospital vivem situações de: Ser e não ser existencialmente respeitadas.”

O uso rotineiro da posição supina em TP e parto, como referido é um procedimento questionável. Este foi introduzido no mundo ocidental, sem evidências de sua vantagem em relação a outras posições. A rotina de intervenções, tais como a amniotomia, a indução de TP, a monitorização cardiotocográfica e a analgesia por via epidural, fizeram da movimentação durante o TP e o uso de posições não supinas desafios da prática clínica que constatamos.

A verdade é que o uso de analgesia por via epidural condiciona muitas vezes as possíveis posições que a mulher em TP pode adotar, principalmente as verticais.

A posição de litotomia, a mais usada para os nascimentos em todo o mundo, favorece: o número de traçados cardiotocográficos não tranquilizadores, a necessidade de episiotomia e de instrumentalização do parto, os índices de Apgar significativamente mais baixos, maior desconforto, menor tolerância à dor e maior dificuldade nos esforços expulsivos (OMS, 1996; Jong et al. 1997; Valiani et al. 2016).

Por outro lado, uma investigadora francesa Bernadette de Gasquet sugere a modificação da posição supina para a posição lateral de Gasquet durante o segundo período de TP que visa reduzir a taxa de parto vaginal assistido, reduzir a taxa de trauma perineal, e não incorrer quaisquer efeitos negativos sobre o bem-estar fetal. A posição lateral de Gasquet envolve não só uma posição lombopélvica neutra, mas também uma rotação interna o quadril superior que pode aumentar o diâmetro bi-isquiático e facilitar a descida do feto (Walker et al. 2012; Valiani et al. 2016). No contexto prático pudemos fazer recurso a esta posição diversas vezes, principalmente, durante o período de esforços expulsivos para descida da apresentação fetal, além disso, foi nos possível executar partos nesta mesma posição.

Na possibilidade da mulher fazer recurso a uma posição vertical (cócoras, banco de parto, quatro apoios) verificamos na prática no CHPVVC, o que a investigação sugere: monitorização cardiotocográfica normal, contrações uterinas menos frequentes, de maior intensidade e musculatura perineal mais relaxada, vontade de puxar espontânea, período expulsivo mais curto e menor risco de distocia de ombros (Sabatino et al. 1995 cit. por Soares, 2014). Foi-nos possível durante o ensino clínico observar a experimentação de diferentes posições adotadas pelas parturientes durante o segundo período de TP, conforme nossa sugestão e de acordo com sua disponibilidade (Figura 3).

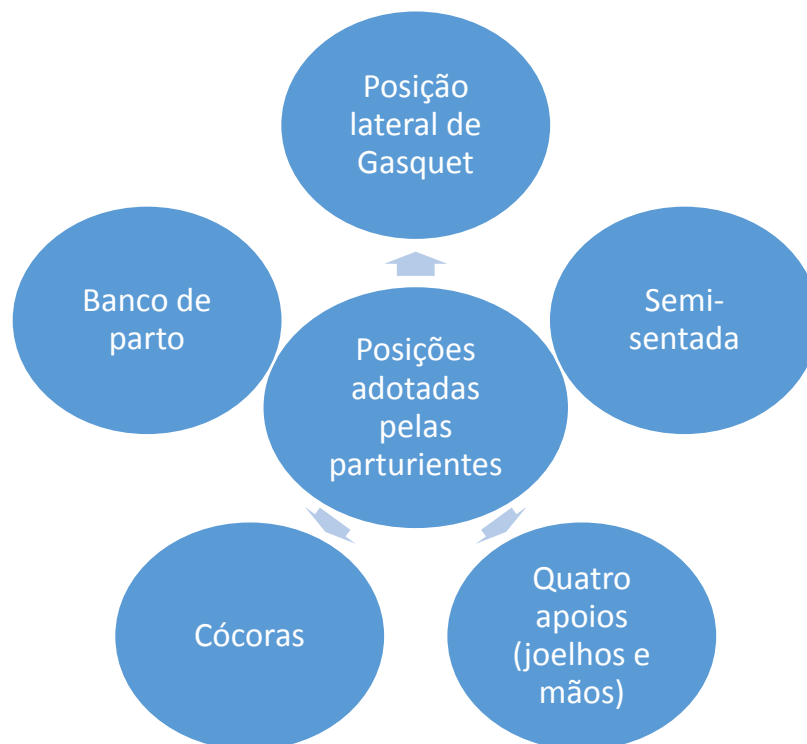


Figura 3 - Posições adotadas pelas parturientes

Estudos recentes abordam um momento específico que a postura do EESMO pode condicionar o desfecho do parto. Este momento é o início do segundo período de TP. O segundo período de TP ocorre, assim, desde a dilatação completa do colo uterino até à expulsão do feto, podendo depender a sua duração do facto de a parturiente ser primípara ou múltipara. Estima-se que, na primeira, tenha uma duração de cerca de 45 a 60 minutos,

enquanto nas múltiparas dure entre 15 a 20 minutos (Graça, 2010; Lowdermilk et al. 2008).

Alguns estudos têm comparado os esforços expulsivos dirigidos e esforços expulsivos espontâneos e concluíram que as mulheres expressam maior satisfação e sentem menos fadiga quando puxam espontaneamente (Borders et al. 2013). Há cada vez mais evidência científica que recomenda que a mulher deve puxar quando sentir vontade - reflexo de Ferguson - e empreender os esforços expulsivos da forma que lhe for mais conveniente (NICE, 2007; Borders et al. 2013).

Entre os benefícios associados aos esforços expulsivos espontâneos encontramos a redução do tempo que a mulher puxa ativamente, sem contudo, haver diferenças significativas no tempo do segundo período do TP, devido à maior eficácia destes esforços (Osborne et al. 2012; Trochez et al. 2011).

De facto, podemos colaborar no *empowerment* da mulher ao invés de seguir o modelo biomédico de controlo absoluto do TP e permitir o puxo espontâneo é um passo para mudança do paradigma.

Borders et al. (2013) concluíram que o apoio verbal do EESMO para mulheres primíparas no segundo período de TP inclui afirmação, partilha de informação e orientação. E as mulheres devem ser apoiadas a puxar espontaneamente, independentemente da presença de analgesia por via epidural, na maioria dos casos, desde que exista o reflexo de Ferguson.

Quando as mulheres têm mais informações sobre o que está acontecendo e em torno delas e quais as opções que podem seguir sobre mudanças de posição, bem-estar fetal, evolução da descida fetal elas podem assumir o controlo do seu TP. Ao invés de dirigir as mulheres, devemos motivá-las, fornecendo as informações necessárias do TP. A nossa mensagem não foi "Faça o que eu digo e tudo ficará bem", mas sim "Aqui estão as suas opções. Você decide! Você é capaz e forte, e eu confio que você vai tomar a melhor decisão para si e para seu bebé".

Parece-nos, na prática clínica, que a presença de pessoas, suas falas com afirmações que condenam a mulher como incapaz de conduzir e finalizar o

seu TP são fatores ambientais que prejudicam muito o andamento fisiológico do mesmo. Macedo et al. (2005) ressaltam que, a mulher em TP, não tem que falar durante as contrações uterinas, não tem que ouvir conversa paralela, ou vozes alteradas de comando, até sons de ambientes vizinhos. A ideia de que a linguagem racional, que se sugere à parturiente a tomar certas atitudes que são consideradas aceitáveis no ambiente hospitalar, em detrimento de seguir as suas vontades que são originadas das camadas primitivas do cérebro, bem como desencorajamento das potencialidades femininas podem bloquear o coquetel de hormonas necessárias para o progresso do TP (Odent, 2002). Assim, não haver pessoas entrando e saindo da sala de parto o tempo todo, reduzir os estímulos sonoros e os comandos que fazem parte do ambiente, proporcionar privacidade à mulher para parir (uma vez que todas as pessoas se comportam de maneira artificial quando estão sendo observadas), são intervenções nas quais devemos investir nas salas de partos.

De acordo com o Instituto Internacional de Lamaze (2003, pp.3), em consonância com a OMS, recomenda-se:

“ (...) que a seguir ao parto, um RN saudável seja colocado pele-com-pele no abdômen ou peito da mãe, e ambos devem ser tapados com um lençol. Os bebés mantêm-se quentes e choram menos, e a amamentação usufrui de um bom começo, quando mães e bebés ficam juntos desde o parto. As mães aprendem a reconhecer as necessidades dos seus bebés, respondendo carinhosa e apaixonadamente.”

O contato pele a pele mãe-filho deve iniciar-se imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido em todos os casos possíveis. O contato pele-a-pele acalma o RN e a mulher, que entram em uma harmonia única proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização sanguínea, nos batimentos cardíacos e na respiração do RN; reduz o choro e o *stress* com menor perda de energia e mantém o RN aquecido pela transmissão de calor de sua mãe (Matos et al. 2010).

Os EESMO possuem um papel determinante na realização do contato precoce pele a pele. No CHPVVC foram raros os casos em que não nos foi possível estabelecer contacto pele a pele imediatamente após o parto, sendo que o motivo se prendeu, principalmente, com a necessidade de manobras de reanimação do RN.

Após o período expulsivo, enquanto os membros da família estão focados em conhecerem-se, mantivemos a atenção sobre este binómio, mas ao mesmo tempo atendendo a terceira etapa do TP que é definida como o período entre a saída do feto e a expulsão da placenta. A principal complicação associada a este período é a hemorragia pós-parto, definida como sangramento vaginal de mais de 500ml nas primeiras 24 horas após o parto. A causa mais comum desta complicação é a atonia uterina, mas também pode ocorrer por: rutura ou inversão uterina; retenção de placenta; lacerações vaginais ou cervicais (Prendiville et al. 2000).

As duas principais abordagens para a gestão do terceiro período de TP incluem uma conduta ativa ou expectante. A gestão ativa inclui administração de ocitócicos, clampagem do cordão umbilical com respetiva tração controlada e massagem do útero (Weiping et al. 2008; Afshari et al. 2014; Jennings, 2012). A gestão ativa tem-se demonstrado eficaz na redução da hemorragia pós-parto (Begley et al. 2011), mas os autores defendem que as mulheres devem poder decidir entre ambas as abordagens e serem apoiadas na sua escolha.

A conduta expectante é, normalmente, considerada por não incluir ou incluir o mínimo de intervenção, permitindo a separação da placenta sem o uso de quaisquer agentes farmacológicos. Esta abordagem baseia-se no facto da ocitocina naturalmente circulante a seguir ao segundo estágio de TP ser suficiente para estimular as contrações uterinas para expulsão da placenta (Jennings, 2012; Begley et al. 2011). Em alguns casos podemos usar a estimulação do reflexo da ocitocina colocando RN a mamar (Weiping et al. 2008; Afshari et al. 2014) e/ou usando uma posição vertical auxiliada pela força da gravidade na separação e expulsão da placenta (Afshari et al. 2014).

Vivemos num contexto de uma cultura de risco adverso que leva a adoção universal de práticas intervencionistas e o resultado disso é que diminui a oportunidade de uma gestão fisiológica da dequitação, além disso, são poucas as mulheres que refletem sobre isso, o que se traduz numa marginalização da gestão expectante da dequitação. Hastie et al. (2009 cit. por Jennings, 2012) argumentaram que o uso de ocitócito artificial e a estimulação manual para a dequitação, portanto, induz inadequadamente o sistema nervoso simpático, o que pode em si levar a atonia uterina e hemorragia pós-parto. Os TP e partos que decorrem com base numa relação de confiança em que se faz uma gestão fisiológica da dequitação revelam a segurança deste método (Fahy et al. 2010).

O terceiro período de TP é um período importante em que a mulher começa a conhecer seu bebé pela primeira vez. As intervenções durante esta fase podem ter um efeito a longo prazo sobre a unidade familiar e o sucesso da amamentação (Jennings, 2012). Portanto, parece-nos razoável que seja dada oportunidade à mulher de escolher que método esta prefere para a fase da dequitação, sendo que precisamos de ser competentes em ambos os métodos.

Assim sendo, entendemos que a nossa atuação passa não só por uma componente técnica, mas também numa componente de apoio à tomada de decisão da mulher/casal sobre qual técnica deseja que seja utilizada no seu caso.

3.6. A influência da massagem perineal na incidência de trauma perineal no segundo período de trabalho de parto

Entendendo que diversos são os fatores que podem influenciar o processo fisiológico de parturição, as intervenções especializadas desenvolvidas pelo EESMO na segunda etapa do TP devem ser escolhidas criteriosamente. Ao decidir quando e como intervir, é importante considerar a duração do período expulsivo, a paridade, os efeitos da analgesia por via epidural, a

eficácia do puxo materno, o bem-estar materno e fetal, o progresso da descida e rotação fetal e as preferências das mulheres. Cuidados durante a segunda etapa do TP devem ser sempre guiados pela análise crítica profissional do EESMO, baseada em evidência científica (Kopas, 2014; OE, 2011).

Sabendo que a morbidade potencial associada ao parto vaginal é preocupante, e que é possível que este facto esteja a contribuir para um maior desejo de cesarianas por parte das grávidas, qualquer método comprovado que reduza a probabilidade de sofrer traumas do trato genital e, portanto, morbidade associada ao parto, deve ser encorajado. Prevenindo qualquer que seja o tipo de trauma do parto é provável que beneficiemos um grande número de mulheres. Além de, resultar em economia de custos em termos de menos sutura e analgésicos (Beckmann et al. 2013).

Várias intervenções têm sido propostas para reduzir a incidência de trauma perineal, durante o parto, incluindo a aplicação de compressas quentes, MP, puxo espontâneo, controlo da saída da cabeça do feto e proteção do períneo com as mãos por parte do profissional (Albers, 2003; Aasheim et al. 2011). Delee (1904, cit. por Kopas, 2014) afirma “*numa boa evolução de TP, a maioria das lacerações, até as graves, podem ser evitadas*”.

A existência de evidências de que a episiotomia não protege a mulher da ocorrência de lacerações graves e tem efeitos colaterais negativos, levou a um aumento no número de estudos sobre outras variáveis protetoras. Alguns autores têm defendido o uso de MP pré-natal ou durante o TP na diminuição da incidência de trauma perineal durante o parto vaginal. Estes propõem, que a MP possa aumentar a flexibilidade dos músculos perineais e, portanto, diminuir a resistência muscular, o que possibilitaria que o períneo se distendesse no parto sem lacerar ou necessitar de episiotomia (Beckmann et al. 2013).

No entanto, a eficácia desta técnica na redução de trauma nunca foi adequadamente demonstrada, até que, investigadores canadenses

realizaram em 1994 (Labrecque et al. 1994) um estudo piloto em que investigaram o efeito da MP realizada durante a gravidez na prevenção do trauma perineal no peri-parto.

Em contexto no ensino clínico observamos que não foi referido por nenhuma parturiente em TP a sua autopreparação física utilizando a MP durante o seu período gravídico. Por outro lado, a equipa de EESMO relatava que a intervenção de ensinar tal técnica, estava incluída nos seus planos de consultas individuais e nas intervenções de grupo de preparação para o parto. E, ainda, relativamente à realização da MP durante o TP por parte dos profissionais que assistem aos partos, incluindo EESMO e médicos obstetras observamos que a manipulação vaginal realizada por alguns destes no segundo período de TP, não pode ser descrita como MP, sendo que se trata de uma hipermanipulação com os dedos indicadores nas paredes laterais do canal vaginal numa tentativa de ampliar o diâmetro biisquiático, durante o puxo materno. Nestas circunstâncias a consequência principal observada foi o edema do tecido perineal.

Deste modo, torna-se necessário compreendermos se a diminuição da taxa de episiotomia e trauma perineal estão diretamente relacionados com o recurso a MP durante a gravidez ou TP. Percebemos que estudar as implicações na taxa de trauma perineal decorrentes da prática de MP no pré-natal ou durante o TP poderá contribuir para uma prática do EESMO cada vez mais fundamentada, que contribui para um melhor esclarecimento dos casais e para tomadas de decisão mais informadas, neste domínio da obstetrícia.

Neste sentido, para dar resposta a esta necessidade optamos por desenvolver uma revisão integrativa da literatura, uma vez que, analisa o conhecimento científico já construído, em pesquisas anteriores e possibilita assim uma compreensão mais abrangente sobre o fenómeno em estudo. A revisão integrativa inclui a análise de investigações relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam de ser preenchidas com a realização de novos estudos (Mendes et al. 2008).

Sendo assim, esta revisão integrativa poderá potencializar uma prática fundamentada, tendo por base a análise crítica a interpretativa da investigação consultada para que o EESMO possa intervir junto dos casais grávidos durante a preparação para o parto ou mesmo durante o TP.

3.6.1. Introdução ao Problema em Estudo

O trauma perineal é definido como “*any damage to the genitalia during childbirth, either spontaneously or due to an episiotomy*” (Mei-Dan et al. 2008, pp. 499). Sendo assim, lacerações perineais espontâneas são definidas como sendo de 1º grau quando envolvem apenas a pele perineal e/ou mucosa vaginal; lacerações perineais de 2º grau envolvem também os músculos do períneo e da pele; lacerações perineais de 3º grau envolvem todas as estruturas afetadas numa laceração de 2º e mais o complexo do esfíncter anal (classificada como 3a- em que menos de 50% do esfíncter anal externo é lacerado; 3b- onde mais de 50% do esfíncter anal externo é lacerado; 3c- o esfíncter anal interno e externo é lacerado); lacerações de 4º grau envolvem todas as estruturas anteriores e, também, o complexo do esfíncter anal e epitélio anal. O trauma perineal pode ocorrer espontaneamente ou resultar de uma incisão cirúrgica do períneo, denominada de episiotomia, que equivale, em termos de estruturas afetadas, a uma laceração de 2º grau (Aasheim et al. 2011).

Em termos de localização podemos dizer que uma laceração perineal anterior é a lesão para os pequenos e grandes lábios, uretra, clitóris ou vagina anterior e é geralmente associada com baixa morbilidade. Laceração perineal posterior é qualquer lesão para a parede vaginal posterior, músculos do períneo ou esfíncter anal (Kettle et al. 2008).

A literatura destaca fatores de risco que se verificam estar associados a uma maior incidência e severidade de lacerações incluindo a nuliparidade, a macrosomia fetal, o segundo período de TP prolongado ou muito curto (Prager et al. 2008 cit. por Kopas, 2014). Também os partos instrumentados aumentam significativamente o risco de lacerações perineais graves de 3º ou

4º grau (Albers et al. 2007). A Manobra de Kristeller, onde a pressão abdominal no sentido do períneo e a expulsão forçada pode causar grave rutura perineal (Petrocnik et al. 2015). Também a Manobra de Valsava - esforço com contração abdominal e diafragmática associada a apneia expiratória, por mais ou menos 10 segundos (Albers et al. 2006).

No entanto, Kettle et al. (2008); Hodnett et al. (2012) relataram que o apoio contínuo da mulher durante o TP reduz a taxa de nascimentos instrumentados e subsequente a taxa de trauma perineal. Reconhecendo este achado, entendemos que os profissionais podem ter uma influência na redução de traumas perineais, ao fornecer atendimento individual e apoio contínuo às mulheres em TP. Além disso, um ambiente propício ao TP também é destacado, este ambiente deve ter como objetivo reduzir o *stress*, acomodar e incentivar a libertação natural de ocitocina para assegurar a progressão do TP e o autocontrole da mulher (Moore et al. 2013).

Pelo que atrás foi exposto pode-se afirmar que o trauma perineal durante o parto pode ser associado com uma significativa, extensa e complexa morbidade. Os efeitos podem repercutir-se na qualidade de vida a curto e a longo prazo podendo ser físicos e psicológicos. São disso exemplos a dor, a incontinência urinária e anal, a disfunção sexual e diferentes sentimentos de decepção, culpa e ansiedade relacionada com a incongruência entre as expectativas do parto e a realidade (East et al. 2015).

Em geral, as mulheres que são atendidas por EESMO têm taxas de traumas perineais inferiores às dos médicos (Albers, 2003; NICE, 2007). Mesmo assim, cerca de 85% das mulheres que têm um parto vaginal sofre algum tipo de trauma perineal (Kettle et al. 2008 cit. por East et al. 2015). Por outro lado, as mulheres que não sofrem de nenhum trauma perineal, isto é, obtêm períneo íntegro no parto, têm menor perda de sangue, sentem menos dor perineal após o parto e têm menor risco de infecção pós-parto. Também têm a musculatura pélvica mais forte e relatam menos incontinência urinária e anal do que as mulheres que tiveram lacerações espontâneas ou que foram submetidas a episiotomia (Albers, 2003).

Entendendo que obter o períneo íntegro após o parto pode depender de diversos fatores e tendo em conta os seus benefícios de saúde para as mulheres, renova-se o interesse em investigar técnicas para preservar a integridade perineal (Albers, 2003; Albers et al. 2006).

Alguns autores defendem que a MP é uma forma de preparar os tecidos perineais para o processo de parto. Sendo uma técnica que lentamente e suavemente distende a pele, os músculos e os tecidos entre a vagina e o reto. A MP aumenta a elasticidade do períneo, reduz o risco de rutura perineal durante o parto e pode ser realizada por uma mulher grávida, seu parceiro ou assistente de parto, como o EESMO (Eason et al. 2000).

A MP pré-natal requer, aproximadamente, 10 minutos diários e pode ser feita pela própria grávida ou seu companheiro. Consiste em introduzir 1 ou 2 dedos de 3 a 4 cm de profundidade na vagina aplicando e mantendo a pressão, primeiro no sentido ântero-posterior durante 2 minutos e depois durante 2 minutos nas paredes laterais da vagina, repetindo a sequência dos movimentos 2 ou 3 vezes, podendo-se utilizar algum tipo de lubrificante como óleos vegetais. Sendo recomendada MP diária a partir de 34 a 35 semanas de gestação (Labrecque et al. 1994).

Por outro lado, a MP também pode ser realizada durante o TP, e nestes casos, na sua maioria é realizada pelo profissional que auxilia o parto. Sendo que a técnica é a mesma que a MP pré-natal, considerando que deve ser realizada entre as contrações uterinas. Em alguns estudos é realizada na fase ativa do primeiro período de TP e/ou no segundo período de TP (Stamp et al. 2001).

Assim, esta revisão tem o objetivo identificar a influência da MP realizada durante a gravidez ou TP na incidência de trauma perineal durante o segundo período de TP. Para prosseguir com a investigação no âmbito da prática baseada em evidência a pergunta de pesquisa foi desenvolvida segundo a estratégia PICO. Assim, a nossa população em estudo são as puérperas que se tiveram um parto vaginal e a intervenção que pretendemos estudar é a realização de MP durante a gravidez ou TP. Os resultados que pretendemos conhecer é a incidência de trauma perineal nas puérperas decorrentes do

parto vaginal, comparando os dados nos casos em que foram realizados MP durante gravidez ou TP com os de outros nos quais esta intervenção não fez parte da experiência da mulher. Tendo em conta os dados acima referidos, propomos a seguinte questão: A MP realizada durante a gravidez ou TP influencia a incidência de trauma perineal durante o segundo período de TP?

3.6.2. Metodologia

A metodologia constitui uma das partes fundamentais de qualquer estudo, pois permite recolher a informação necessária, com procedimentos adequados, identificar e realçar os aspetos mais importantes da investigação (Ribeiro, 2010). Ela pressupõe em simultâneo um processo racional e um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, com a finalidade de responder às questões de investigação e/ou de verificar hipóteses formuladas no decurso da fase concetual (Fortin, 2009).

As decisões metodológicas tiveram em conta a questão de partida deste estudo: “A MP realizada durante a gravidez ou TP influencia a incidência de trauma perineal durante o segundo período de TP?”

Assim, desenvolvemos uma pesquisa através da utilização da base de dados *Cochrane Database for Systematic Reviews*; *PubMed* e das bases de dados disponíveis na plataforma *EBSCO host: Academic Search Complete; CINAHL Complete; CINAHL Plus with Full Text; ERIC; Library, Information Science & Technology Abstract; MedicLatina; MEDLINE with Full Text; Psychology and Behavioral Sciences Collection; SPORTDiscus with Full text*. Foram definidos os descritores: *Perineal massage; perineal trauma; perineal laceration; injury; tears; pregnancy; labour; birth*. Estes descritores foram utilizados nas bases de dados referidas entre os meses de Janeiro e Dezembro de 2016, através da frase booleana: (“*perineal massage*”) AND (“*perineal trauma*” OR “*perineal laceration*” OR *injur** OR *tear**) AND (*labo?r* OR **birth*).

Num passo seguinte estabelecemos os critérios de inclusão e exclusão que serão relevantes para a integração dos estudos, posterior análise dos dados e estabelecimento de conclusões. Nesta investigação, os critérios de inclusão definidos foram: estudos indexados às bases de dados anteriormente referidas, aos quais é possível o acesso ao texto integral, estudos escritos em inglês, espanhol e português, preferencialmente experimentais de elevada evidência científica, estudos randomizados controlados e estudos de coorte, mas também revisões sistemáticas da literatura, com ou sem meta-análise, estudos publicados nos últimos 10 anos (2006-2016), estudos sobre o tema que contêm os descritores referidos no seu resumo ou título, estudos onde a realização de MP tenha sido realizada pela própria grávida ou seu parceiro durante a gravidez ou durante o TP por alguns destes ou pelo profissional que assiste ao parto e estudos envolvendo amostras compostas por mulheres saudáveis de gravidezes unifetais, sendo primíparas ou múltiparas. Os critérios de exclusão definidos foram: artigos sem resumo, artigos sem referência à relação entre a MP realizada durante a gravidez ou TP e a taxa de trauma perineal resultante do parto, artigos escritos em outras línguas exceto as três definidas para inclusão, artigos que incluam nas amostragens mulheres de gravidezes de risco ou múltiplas.

Aquando da identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, nesta fase, lemos as palavras-chave utilizadas, posteriormente os resumos. E após este passo, categorizamos os estudos selecionados através de uma análise crítico-reflexiva dos artigos e elaboramos uma síntese, que pode ser feita com recurso a uma tabela e que se encontra anexa (Anexo 1) (Botelho et al. 2011).

3.6.3. Resultados

A pesquisa na Cochrane Database for Systematic Reviews resultou em 5 revisões disponíveis, sendo que apenas uma revisão sistemática foi incluída no estudo, uma vez que 4 destas não se relacionavam com a temática. A

pesquisa na PubMed resultou em 17 artigos, desses 12 tratavam-se de títulos repetidos. Dos restantes 5 artigos após a análise do título e dos resumos, 3 deste foram excluídos por não se relacionarem com a temática de investigação e, por fim, 2 integram esta revisão. Por último, a pesquisa efetuada nas bases de dados do motor de busca Ebscohost com os descritores referidos resultaram em 54 artigos respeitando o limite temporal. Deste total 14 artigos não estavam disponíveis em texto completo e outros 17 constavam títulos repetidos. Dos restantes 23 artigos após a análise do título e dos resumos, 11 foram excluídos por não se relacionarem com a temática de investigação, sendo que foram pré-selecionados 12 estudos para leitura integral, e 4 destes tratavam-se de textos publicados como recomendações para a prática, não apresentando uma metodologia fiel, pelo que apenas 8 integram a presente revisão integrativa da literatura.

Os artigos analisados nesta revisão integrativa da literatura foram inseridos numa tabela (Anexo 1) onde constam as seguintes informações: título, autores, ano de publicação do estudo, fonte de publicação, objetivos do estudo, metodologia, resultados, conclusões e nível de evidência. O nível de evidência científica foi definido pelo The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party, Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation (2014).

Dos 8 estudos selecionados metade destes abordam a MP no período gravídico e a outra metade investigam o papel da MP realizada durante o TP, no seu primeiro período e/ou no segundo período. Os estudos encontrados respeitam as seguintes metodologias: estudos randomizados controlados (5 estudos), estudos quasi-experimentais (2 estudos) e revisão sistemática de estudos randomizados (1 revisão). Sendo que as amostras destes estudos consideram: mulheres múltiparas (1 estudo), mulheres primíparas (5 estudos) e ambas (2 estudos). A maioria dos estudos incluídos nesta revisão foram realizados em países orientais como (Turquia, Índia, Irão e Israel). Além disso, respeitaram um intervalo de tempo de 10 anos (2006-2016). Esta escolha temporal foi feita considerando que há relativamente pouco tempo

uma revisão sistemática sobre o efeito da MP pré-natal de estudos randomizados controlados foi publicada “Antenatal Perineal Massage for Reducing Perineal Trauma” (Beckmann et al. 2013), sendo que nesta foram considerados os principais estudos com publicações anteriores a este intervalo temporal, sendo assim, num único estudo conseguimos uma síntese de vários estudos relevantes para a temática. Sendo que o estudo “Perineal Massage during Pregnancy: A Prospective Controlled Trial” (Mei-dan et al. 2008) não foi considerado na revisão sistemática por apresentar metodologia não randomizada, os outros 2 estudos que datam de 2012 “The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes” (Karaçam et al. 2012) e “Reducing Perineal Trauma through Perineal Massage with Vaseline in Second Stage of Labor” (Geranmayeh et al. 2012) tratam da MP realizada durante o período de TP, pelo que não poderiam ser incluídos na revisão sistemática. Por fim, os demais estudos foram publicados posteriormente a revisão sistemática citada e por isso considerados nesta investigação “Effects of Prenatal Perineal Massage and Kegel Exercises on the Integrity of Postnatal Perine” (Dönmez et al. 2015); “Quasi Experimental Study on the Prevention of Perineal Trauma by Perineal Massage among Multigravid Women in a Selected Hospital at Mangalore” (Thomas et al. 2015); “Effect of Perineal Massage on the Incidence of Episiotomy and Perineal Laceration” (Zare et al. 2014); “Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy and Perineal Tearing” (Demirel et al. 2015)

3.6.4. Discussão dos Resultados

No estudo desenvolvido por Mei-dan et al. (2008), as mulheres (todas primíparas) que fizeram parte do grupo de intervenção (MP pré-natal) iniciaram o procedimento a partir da 34ª semana de IG, sendo instruídas a seguir o procedimento diariamente por 10 minutos, utilizando óleo de Calêndula com Vitamina E adicionada, que foi fornecido pelos investigadores a cada participante. Em contraposição a hipótese do estudo, encontraram

taxas mais baixas de períneo íntegro no grupo de massagem (29,8% vs. 40%, $p=0,12$), embora sem significância estatística. Embora as taxas de lacerações de 1º grau fossem menores no grupo de massagem em relação ao grupo de controlo (73,3% vs. 78,9%, $p=0,39$), as taxas de lacerações de 2º grau foram maiores (26,7% vs. 19,3%, $p=0,39$). No entanto, ambos os resultados não atingiram significância estatística. Deste modo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no número de episiotomias ou taxas gerais de lacerações espontâneas. Além disso, o risco de laceração anterior no grupo de massagem foi maior, enquanto que lacerações perineais laterais e posteriores foi maior no grupo de controlo, mas sem significância estatística. O número total de dias de massagem nos grupos de estudo de laceração de 1º grau foi de $29,3 \pm 10,8$ dias; laceração de 2º grau foi de $30,8 \pm 14,2$ dias e períneo íntegro foi $26,2 \pm 14,2$ dias ($p=0,73$). Sendo assim, não houve correlação entre a duração da prática da MP com o desfecho perineal (Mei-dan et al. 2008).

Em relação, a quantidade de material de sutura utilizado não foi encontrada diferença entre os grupos. Não foi encontrada diferença significativa entre a satisfação do desempenho da MP (nos dias antes do parto) e o desfecho perineal dentro do grupo de estudo. Quase 90% das mulheres no grupo de MP afirmou que iriam realizar a MP durante a sua próxima gravidez (Mei-dan et al. 2008).

Assim, os resultados deste estudo mostraram que a MP pré-natal não teve um efeito protetor nem prejudicial sobre a probabilidade de parto com um períneo íntegro, nem em relação às taxas de quase todas as categorias de trauma perineal (lacerações e episiotomia). Sendo que todas estas tendências mencionadas não foram estatisticamente significativas. Os autores concluem que, embora a MP nas últimas semanas de gravidez não tenha aumentado a probabilidade de um períneo íntegro, é provavelmente inofensiva. As mulheres que desejam realizar a MP não devem ser desencorajadas, mas devem ser informadas de que a evidência científica de qualquer benefício possível ainda é controversa (Mei-dan et al. 2008).

Na revisão sistemática de estudos randomizados de Beckmann et al. (2013) os autores perceberam que não houve diferença na incidência de laceração perineal de 1º, 2º, 3º e 4º graus em geral entre primíparas e multíparas. No entanto, mulheres primíparas que praticaram MP, até uma média de 1,5 vezes por semana desde as 35 semanas de IG, foram 16% menos propensas a ter uma episiotomia. Nenhum efeito desse tipo foi observado em mulheres que massageavam mais frequentemente.

Nesta revisão sistemática não se observaram diferenças significativas na incidência de partos instrumentados, satisfação sexual ou incontinência de urina, fezes ou flatos para qualquer mulher que pratique a MP em comparação com aquelas que não realizaram a massagem no estudo que relatou esses resultados. Além disso, as mulheres afirmaram que nas primeiras semanas a MP pode ser desconfortável, desagradável e até mesmo produzir uma sensação dolorosa. A maioria das mulheres relataram que a dor diminui ou desapareceu na segunda ou terceira semana de massagem. A maioria - 79% - relatou que iriam realizar a MP numa próxima gravidez e 87% recomendaria a outra mulher grávida. A maioria das mulheres considerou positiva a participação de seu parceiro na realização da MP (Beckmann et al. 2013).

Assim, os autores concluíram que a MP pré-natal, com início às 34-35 semanas de IG reduz a incidência de trauma perineal que requer sutura, principalmente episiotomias. Embora haja algum desconforto transitório nas primeiras semanas, é geralmente bem aceite pelas mulheres. Como tal, as mulheres devem ser consciencializadas do benefício provável de MP e fornecidas informações sobre como realizar a massagem (Beckmann et al. 2013).

No estudo de Dönmez et al. (2015), além do efeito da MP averiguou-se o efeito dos exercícios de Kegel em mulheres primíparas. Verificou-se que a episiotomia foi aplicada a 83,3% das mulheres do grupo da MP, em 87,5% das mulheres do grupo dos exercícios de Kegel e 100% das gestantes do grupo de controlo e foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0,014$). Por outro lado, lacerações perineais espontâneas ocorreram em 16,7% das

mulheres do grupo da MP, em 56,3% das mulheres do grupo dos exercícios de Kegel e 82,1% das gestantes do grupo de controlo, mas não foi possível encontrar qualquer diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$). Assim, verificou-se que a MP e os exercícios de Kegel são importantes para manter a integridade do períneo, principalmente no que se refere a realização de uma episiotomia.

Por outro lado, não foi possível encontrar uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos na duração do segundo período de TP. Neste estudo, os grupos da MP e dos exercícios de Kegel pré-natais foram os que apresentaram menos dor perineal às 24 horas e 15 dias após o parto, além de serem os grupos que apresentaram melhor cicatrização da ferida após 24 horas e 15 dias após o parto (Escala REEDA) (Dönmez et al. 2015).

No estudo de Thomas et al. (2015) provou-se que há diferença significativa nas taxas de trauma perineal entre as mulheres múltiparas do grupo de intervenção e de controlo, sendo que as mulheres no grupo de MP apresentaram menor taxa de trauma perineal em relação às mulheres do grupo de controlo. Sendo que 55% das mulheres do grupo de massagem apresentaram períneo íntegro, 35% sofreram algum tipo de laceração perineal (1º grau) e em 10% foi realizada a episiotomia. Por outro lado, no grupo de controlo 10% das mulheres apresentaram períneo íntegro, 75% sofreram algum tipo de laceração perineal (1º e 2º graus) e em 15% foi realizada a episiotomia. Isto indica que a MP é uma medida eficaz na prevenção do traumatismo perineal entre as mulheres múltiparas. Os resultados mostraram que 65% das mulheres estavam altamente satisfeitas e 35% satisfeitas com a MP pré-natal. Não houve associação significativa entre os traumas perineais e as variáveis demográficas como a idade, a escolaridade, a ocupação, a paridade e o peso do RN (Thomas et al. 2015).

Outros estudos analisaram a eficácia da MP realizada durante o TP na prevenção de trauma perineal no peri-parto. Karaçam et al. (2012) no estudo experimental optaram por iniciar a MP, pelo profissional que assistia ao parto, quando as mulheres do grupo experimental estivessem com a

dilatação de pelo menos 8 cm, sendo que a MP foi continuada durante pelo menos 10 minutos, fazendo-se auxiliar por um lubrificante solúvel em água, se ocorresse secura vaginal. Os resultados demonstraram que mais de metade das mulheres tanto no grupo de massagem (52,0%) quanto no grupo de controlo (60,6%) foram submetidas a episiotomia. Entretanto, uma baixa percentagem de mulheres apresentaram edema perineal (massagem=3,5%; controlo=3,5%) e uma alta percentagem apresentaram lacerações espontâneas (massagem=44,4%; controlo=35,9%). Uma percentagem significativamente menor de mulheres do grupo de massagem apresentaram episiotomias associadas a lacerações espontâneas (7,6% vs. 15,7%). Entretanto, somente uma baixa percentagem de ambos os grupos apresentaram lacerações de 2º grau (massagem=4,6%; controlo=2,0%) e nenhuma das participantes desenvolveu lacerações de 3º/4º graus. As lacerações espontâneas ocorreram principalmente nas regiões posterior e anterior da vagina. As lacerações espontâneas das regiões anteriores ocorreram mais no grupo de massagem do que no grupo de controlo, mas essa diferença não foi significativa. Neste estudo, revelou-se que a MP realizada no segundo período de TP não aumentou a probabilidade de parto com períneo íntegro e não diminuiu a frequência de lacerações espontâneas. A frequência de episiotomias concomitantes com lacerações espontâneas, no entanto, foi significativamente menor no grupo de massagem (Karaçam et al. 2012).

Tanto no grupo de massagem quanto no grupo de controlo, os resultados foram semelhantes quanto à duração média do segundo período de TP, frequência cardíaca fetal, peso médio ao nascer e perímetro cefálico do RN, dor perineal e cicatrização da ferida 1 dia e 3 semanas após o parto (Karaçam et al. 2012).

No estudo de Geranmayeh et al. (2012), a MP foi realizada com auxílio de vaselina para lubrificação durante o segundo período de TP. O grupo de massagem apresentou 27% de mulheres que não sofreram nenhum tipo de trauma perineal, ou seja, obtiveram períneo íntegro, 73% das mulheres tiveram trauma perineal no parto sendo que destas 45% lacerações de 1º

grau, 10% lacerações de 2º grau e 45% episiotomia. Por outro lado, no grupo de controlo apenas 4% das mulheres tiveram períneo íntegro, 96% sofreram algum tipo de trauma perineal (9% lacerações de 1º grau; 2% lacerações de 2º grau e 88% episiotomia). Sendo que no grupo de massagem a frequência de períneo íntegro foi significativamente maior ($p=0,004$). Em nenhum dos grupos houve casos de lacerações de 3º e 4º graus. Em termos de traumas perineais, a MP pode causar uma diminuição da taxa de episiotomia e um aumento de lacerações de 1º e 2º graus ($p<0,001$). Por outro lado, a duração do segundo período de TP foi significativamente menor no grupo de massagem em comparação com o grupo de controlo (37 ± 20 e 46 ± 19 min, respetivamente, $p=0,038$). Os índices de Apgar para todos os RN em ambos os grupos foram superiores a 7 no 1º e 5º min. Além disso, no estudo de seguimento no prazo de 10 dias após o parto, menos de 10% das mulheres em ambos os grupos experimentaram dor perineal, o que não foi significativamente diferente, entretanto, nos dois grupos ($p=0,528$) (Geranmayeh et al. 2012).

Deste modo, os resultados deste estudo mostraram que a MP com vaselina no segundo período de TP não só reduz a sua duração, mas também aumenta a probabilidade de obter períneo íntegro, principalmente pela diminuição da frequência de episiotomia. Além disso, apesar do aumento da frequência de lacerações perineais espontâneas na MP (em comparação com os cuidados de rotina), nenhuma das lacerações foi qualificada como 3º ou 4º graus (Geranmayeh et al. 2012).

Na investigação de Zare et al. (2014) em semelhança com o referido anteriormente a MP foi realizada durante o segundo período TP. O profissional que assistia ao parto, após constatação de dilatação completa, iniciou o procedimento de MP no grupo experimental durante 5-10 minutos, sendo que a massagem não era interrompida durante os esforços expulsivos. Os resultados demonstram que no grupo de massagem a percentagem de períneo íntegro foi de 22,2%, de episiotomia de 44,4% e de lacerações espontâneas de 33,3%. Em relação ao grupo de controlo as percentagens foram de períneo íntegro 20,2%, de episiotomia 49,3% e de lacerações

espontâneas de 28,3%, sendo que a diferença não foi significativa estatisticamente para os dois grupos. Das mulheres do grupo de massagem que sofreram lacerações espontâneas todas estas foram classificadas como sendo de 1º grau, não havendo lacerações de 2º, 3º e 4º graus, o mesmo se verificou no grupo de controlo. As taxas de lacerações perineais que necessitaram de sutura foram de 11,1% e 9,1% nos grupos de massagem e controlo, respetivamente. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. A duração do período expulsivo foi de $40,3 \pm 9,3$ minutos no grupo de massagem e $40,7 \pm 9,9$ minutos, sendo que as diferenças não foram significativas para ambos os grupos. A média da pontuação de índice de Apgar ao 1º minuto para o grupo de massagem e o grupo de controlo foi de $8,9 \pm 0,2$ e $8,9 \pm 0,1$ respetivamente, enquanto que a média ao 5º minuto de índice de Apgar para o grupo de massagem e de controlo foi de 10, não sendo a diferença significativa.

Deste modo, os resultados mostraram que a MP não teve efeito sobre a taxa de trauma perineal. Em resumo, com atenção ao achado desta pesquisa, concluiu-se que a MP com lubrificante não afeta a incidência de episiotomia e de lacerações perineais. Portanto, a MP como técnica de controlo do períneo é segura com base nos critérios de TP, preferência da mulher e sua conveniência. Além disso, os autores recomendam mais estudos sobre o efeito da MP no segundo período de TP (Zare et al. 2014).

Na experiência de Demirel et al. (2015) a MP teve duração de 10 minutos usando glicerol e foi repetida quatro vezes durante o primeiro período de TP e uma vez durante o segundo período de TP, e sempre interrompida aquando da contração uterina. Os grupos de controlo e de massagem tinham 71 mulheres grávidas múltiparas e 71 mulheres grávidas primíparas cada um. Os resultados apontam que a episiotomia foi realizada em 44 (31,0%) mulheres no grupo de massagem e 99 (69,7%) no grupo de controlo ($p=0,001$), sendo significativamente mais comum no grupo de controlo do que no grupo de massagem, indicando um efeito positivo da MP aplicada durante o primeiro e segundo períodos de TP. A frequência de laceração foi registada entre 13 (4,2%) mulheres no grupo de massagem e 6 (4,2%) no grupo de controlo e não

diferiu significativamente entre os grupos ($p=0,096$). A duração média do segundo período de TP foi significativamente menor no grupo de massagem do que no grupo de controlo entre a população total, entre primíparas e entre múltiparas (25.33 ± 5.50 vs. 28.18 ± 6.58 , $p<0,01$ para todos). Os grupos de massagem e controlo não diferiram na idade materna, IG ou perímetro cefálico neonatal, aumentando a confiabilidade dos achados presentes.

3.6.5. Considerações Finais

Sabendo que uma revisão integrativa tem o potencial de construir conhecimento em Enfermagem, concebendo, um saber fundamentado e invariável para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade (Mendes et al. 2008). Relativamente a questão de investigação: A MP realizada durante a gravidez ou TP influencia a incidência de trauma perineal durante o segundo período de TP?, apesar dos estudos não serem totalmente consensuais podemos concluir que, a MP pré-natal realizada desde a 34^a/35^a semana de IG com regularidade de, aproximadamente, 1,5 por semana com a duração de 10 minutos por vez, usando óleo vegetal ou uma substância hidrossolúvel para lubrificação reduz a probabilidade das mulheres sofrerem uma episiotomia durante o parto, podendo ser realizada pela própria grávida ou seu companheiro. Consideramos importante realçar que a prática regular da MP pré-natal poderá ser desconfortável nas primeiras 2 ou 3 semanas, mas é bem aceite pela maioria das mulheres que referem que numa próxima gravidez, provavelmente, iriam repetir a prática da MP.

Por outro lado, os estudos que experimentaram a MP durante o TP, não demonstram muitas conclusões. Uma das explicações pode ser a variedade nos diferentes estudos na duração da massagem, momento do TP que é realizada, se é repetida ou não, etc; mesmo assim, a MP realizada durante o TP, principalmente no 2º período, reduz a probabilidade das mulheres sofrerem uma episiotomia durante o parto. No entanto, considerando que a decisão de realizar uma episiotomia é subjetiva e decidida pelo mesmo

profissional que assiste ao parto, estes resultados podem ser influenciados por este facto.

Sendo assim, mais pesquisas sobre este tema específico são necessárias, especialmente os grandes ensaios clínicos randomizados de alta qualidade, estudos observacionais retrospectivos e estudos qualitativos que examinam consequências clínicas e as experiências das mulheres acerca da MP para fazermos recomendações baseadas em evidências para a futura prática clínica obstétrica (Petrocnik et al. 2015).

Entendemos que o trauma perineal é uma questão complexa, mas talvez seja o momento de aceitar que, enquanto há muito pouco que podemos fazer para evitar trauma perineal, há muitas maneiras de criar um ambiente empoderador em que a probabilidade de ocorrer trauma perineal diminui. Apesar da boa intenção, na prática, existe pouca confiança na fisiologia do parto e no corpo da mulher. O ambiente do parto e a relação EESMO-parturiente pode ser tanto quanto ou até mais de um fator determinante no trauma perineal do que aquilo que fazemos ou recomendamos.

3.7. Nota conclusiva

Neste capítulo realizamos uma ampla reflexão sobre a vivência do período de TP e parto. Percebemos que ainda existe uma grande distância entre as evidências científicas e as rotinas praticadas, deste modo é essencial a postura reflexiva do EESMO sobre as circunstâncias nas quais se concretizam a sua conduta, aliando um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos consistentes, para que, cada vez mais, as pessoas reconheçam a importância do EESMO na sociedade.

4. TORNANDO-SE PAIS: OS DESAFIOS APÓS O PARTO

4.1. Nota introdutória

Este capítulo trata do processo de aquisição de competências relacionadas com o período pós-parto e para explaná-lo desenvolvemos alguns dos focos da nossa atenção ao longo do ensino clínico, como: o autocuidado pós-parto, o processo de desenvolvimento de competências parentais, a amamentação e a ligação mãe/pai-filho, sendo que os cuidados estão centrados na mulher (puérpera), RN e família. Estas competências permitem-nos avaliar, elaborar processos de diagnóstico e planear cuidados.

O período pós-parto constitui-se como um período de fortes mudanças físicas, emocionais e ao nível do relacionamento entre os membros da família, com o assumir de novos papéis (Ricci, 2008). Assim, esta fase é um ponto de viragem na vida do casal traduzindo, tal como outros períodos de desenvolvimento do ciclo de vida, numa necessidade de resolver tarefas específicas ao mesmo (Canavarro, 2001).

4.2. Autocuidado no pós-parto

No período pós-parto ocorrem adaptações fisiológicas e comportamentais complexas nas mulheres caracterizadas pelos fenômenos físicos involutivos, pelo estabelecimento da lactação, pela adaptação psicológica da mãe e pela concretização física da ligação mãe/pai-filho (Soares et al. 2007).

Considerando tais modificações e adaptações vivenciadas pela mulher no puerpério, acredita-se na importância de prestar uma atenção específica

durante este período, reconhecendo a individualidade e visando assim um atendimento humanizado.

Durante o período pós-parto, a mulher deve procurar incorporar a experiência do parto à medida que forma a sua identidade enquanto mãe. Respostas negativas e insatisfação com a experiência de parto podem resultar em problemas emocionais e percepções negativas acerca do RN, dificultando, por conseguinte, o desenvolvimento da identidade materna e dos cuidados parentais. Por outro lado, o bem-estar psicológico da mulher será beneficiado caso as expectativas que criou relativamente à situação de parto forem confirmadas, garantindo a sua satisfação e disponibilidade para a prestação dos cuidados à criança. O impacto que a percepção da experiência de parto tem no ajustamento psicológico, na saúde e no bem-estar da mulher, do RN e na interação futura que se estabelecerá entre ambos, parece indiciar a necessidade de promover uma construção mais positiva da experiência de parto. Isto porque a experiência de parto pode constituir-se como um fator facilitador ou inibidor da transição para a parentalidade (Conde et al. 2007).

Duas horas após o parto, a puérpera e o RN são transferidos para o serviço de internamento pós-parto e após a sua admissão, foi realizado o acolhimento ao casal na unidade de cuidados e foram confirmados alguns dados como: a identidade da mãe e do filho/a; o sexo do RN; a verificação da clampagem do coto umbilical; a confirmação da existência de pulseira de identificação e eletrónica; a avaliação da contração uterina e perda de sangue puerperal; e, em todos os casos, foi consultado o processo clínico da puérpera e do RN, de modo a conhecer as suas histórias clínicas. Além disso, informamos o casal sobre a organização da unidade, os recursos disponíveis e o horário de visitas diário para o pai e outras pessoas significativas.

O levante precoce após o parto é uma intervenção que contribui para a diminuição da incidência de fenómenos tromboembólicos e melhora a função intestinal após o parto (Montenegro et al. 2007; Graça et al. 2010). Este deverá acontecer até às 12 horas após o parto, assim que a puérpera sentir

vontade e deixar de sentir bloqueio loco-regional relacionado com a técnica analgésica ou anestésica utilizada (Graça et al. 2010). De facto, na prática observamos que existe uma significativa diferença entre as mulheres que tiveram partos vaginais ou cesarianas.

As mulheres que tiveram um parto vaginal, mesmo com recurso de analgesia por via epidural, regra geral 2 horas após o parto já se sentem capazes de se levantarem. Por outro lado, aquelas que foram submetidas a cesariana devem ficar alectuadas por um período mínimo de 12h após a intervenção cirúrgica, conforme os protocolos do CHPVVC. Assistir no primeiro levante implica que monitoremos a TA previamente (Jacob, 2012). Se a puérpera se encontrasse normotensa, a cabeceira da cama era elevada a 45°, continuando a levantá-la gradualmente de acordo com a resposta corporal da cliente. Posteriormente, a puérpera permanecia sentada, sendo valorizada a presença de sudorese, sensação de lipotimia, tonturas ou visão turva, sinais indicadores de hipotensão ortostática. A avaliação da TA era também repetida e comparada com os valores anteriores. Caso não se verificasse qualquer intercorrência, a puérpera era assistida a sentar-se na cama e a colocar os pés no chão, sendo posteriormente acompanhada na deambulação, uma vez que a deambulação precoce promove a involução uterina, o funcionamento da bexiga, do intestino e a circulação sanguínea, além de prevenir a acumulação de lóquios dentro da cavidade uterina e a ocorrência de trombose venosa, ajudando ainda a diminuir o edema dos membros inferiores, muitas vezes verificado (Lowdermilk et al. 2008).

O Autocuidado pós-parto foi um dos focos de atenção da nossa parte durante o período de internamento da puérpera. Durante todos os turnos, foram ainda avaliadas: as mamas (presença de fissuras, maceração), a involução uterina, o períneo (edema, dor, cicatrização, sinais de infeção), a função vesical e intestinal e os sinais vitais. No entanto, uma avaliação diária mais completa da recuperação puerperal era realizada nos turnos matinais, que incluía uma avaliação física céfalo-caudal, considerando os seguintes parâmetros: as mucosas; as mamas; o conhecimento da mulher sobre

estratégias para a prevenção da maceração e a gestão do ingurgitamento mamário; o funcionamento intestinal e urinário; a monitorização da altura uterina; a quantidade e características dos lóquios; o conhecimento da mulher sobre cuidados de higiene perineal; o conhecimento sobre a evolução dos lóquios e sinais de alarme no puerpério; o estado cicatricial da ferida perineal (por laceração ou episiotomia), se esta existisse; a necessidade de implementação de estratégias de conforto ou de gestão da dor no puerpério (Lowdermilk et al. 2008).

Em relação ao foco Higiene Pessoal as intervenções são fundamentais no que diz respeito à prevenção de infeções a nível da zona perineal. Uma infeção puerperal é caracterizada como qualquer isolamento de microorganismo no endométrio, com elevação de temperatura igual a 38°C no período após o parto recente, presença de taquicardia consistente e súbita, drenagem uterina purulenta e dor abdominal acompanhada de hipersensibilidade do útero (Lowdermilk et al. 2008). Os cuidados de higiene preconizados pelos consensos elaborados pela ACOG (2002), no período puerpério imediato, devem ser realizados como no período menstrual. Recomenda-se a maior frequência da higiene; contudo, a pele vulvar e a mucosa vaginal estarão menos tróficas e mais irritadas pelo hipoestrogenismo, a presença de lóquios e maior sudorese, próprios do período puerperal. Nesta fase, a higiene deverá ser mais frequente, para aumentar a remoção mecânica dos resíduos e melhorar a ventilação genital, com consequente redução da humidade prolongada. A perda de lóquios, maior redução de secreção sebácea, sudorípara e glandular e uso prolongado de pensos higiénicos com película plástica externa ou desodorizados são fatores agravantes da irritação vulvar. Assim, os pensos higiénicos devem ser mudados com frequência, aconselhamos às puérperas que essa troca deveria ocorrer a cada vez que fosse à casa de banho urinar ou evacuar, sendo este intervalo não superior à 3 horas.

Os lóquios representam a descarga sanguínea uterina que ocorre após o parto, para que gradualmente ocorra a regeneração do endométrio e do local

de implantação da placenta. Primeiramente constituídos por eritrócitos e fragmentos de decídua (*Lochia rubra*), a partir do 5 ° dia tornam-se serosos e acastanhados (*Lochia serosa*) e após o 10 ° dia adquirem uma cor amarelada e um aspeto mucóide e espesso, que se deve a um predomínio de leucócitos (*Lochia alba*). Porém, cerca de 15% das mulheres mantêm lóquios até 6^a-8^a semanas após parto. Estas definições foram transmitidas às puérperas visando ensiná-las para uma possível deteção precoce de alterações suscetíveis de despoletar complicações, nomeadamente a infeção puerperal (Lowdermilk et al. 2008).

A administração de imunoglobulina Anti-D, na dose de 300ug por via intramuscular, foi realizada durante o estágio no período até 72 horas, após o parto. Sendo que esta intervenção deve ser implementada em casos de puérperas com o tipo de sangue Rh - negativo, não-sensibilizadas previamente (teste de Coombs indireto negativo) e cujos RN têm tipo de sangue Rh - positivo (Freitas et al. 2001; Kumbel, 2002).

Além da manutenção do seu autocuidado a puérpera tem, na maioria dos casos, o RN ao seu cuidado. Garantir os melhores cuidados ao seu filho é uma das principais preocupações materna.

4.3. O desenvolver das competências parentais

Os RN são totalmente dependentes das respostas parentais ao seu comportamento, se essas respostas forem inadequadas, a criança pode estar em risco (Corwin, 1998 cit. por Cardoso, 2011). Importa, então, que os cuidados dos pais prestados ao RN sejam eficazes e seguros. Neste sentido, surge o conceito de competências parentais que, segundo Cardoso (2011), envolve o conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e melhoram o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança.

Importa realçar que desde que o casal inicia a vivência da transição para a parentalidade o EESMO assume um papel primordial no desenvolvimento das competências parentais, principalmente, através de intervenções de grupo para preparação para a parentalidade. No entanto, este papel assume maior relevo no pós-parto que é quando as competências parentais relacionadas com os cuidados diretos ao RN são requeridas.

No contexto prático do internamento pós-parto no CHPVVC percebemos que os pais que se sentem mais seguros nos cuidados ao RN são aqueles que frequentaram sessões de preparação para a parentalidade, destacando-se principalmente por possuírem conhecimentos ou pelo menos expectativas adequadas à realidade. Por outro lado, casais que não usufruíram deste recurso da comunidade e que tenham pela primeira vez um filho demonstram menos conhecimentos e habilidades nos cuidados ao RN e são “surpreendidos” pela nova realidade que é “ter um filho”. Filho este que requer a atenção dos seus pais grande parte do dia, seja para alimentá-lo, cuidar da sua higiene pessoal, etc.

Atualmente verificamos que os internamentos tendem a ser cada vez mais curtos e estão pré-estabelecidos na maioria dos serviços. Nos casos de partos vaginais, sem complicações associadas, o internamento dura um período estimado de 48 horas, por outro lado, em casos de partos distócicos por cesariana este período estende-se para 72 horas. Sendo assim, percebemos que o período que a puérpera e o RN passam no hospital é escasso, mas ao mesmo tempo necessário para garantir o bem-estar de ambos.

O foco Papel Parental foi alvo de avaliação e foram necessárias algumas atividades diagnósticas centradas nas competências parentais como: avaliar a troca da fralda; banho ao RN, tratar do coto umbilical, lidar com o choro do RN e promoção e vigilância da saúde.

Em relação à avaliação da troca da fralda realizada pela mãe ou pelo pai era considerado os seguintes aspetos: disponibilidade do material próximo a si, de modo organizado, incluindo toalhetes, fralda limpa e roupa interior, e se necessário água morna; modo de limpeza sendo este no sentido ântero-

posterior (da região mais limpa para a mais suja para evitar a contaminação), não passando o toalhete com a mesma parte duas vezes no mesmo local (Cardoso, 2014). Na prática observamos que o casal tendencialmente considerava estes aspetos, e quanto mais vezes faziam, mais habilidades demonstravam. Foram poucos os casais que necessitaram de ser instruídos sobre o procedimento de troca da fralda.

No que diz respeito ao banho do RN (aqueles com mais de seis horas de vida), a rotina da instituição considerando o rácio enfermeiro-utente, sugere que seja realizado, de uma forma geral, durante o turno da manhã. No entanto, é chamada atenção aos pais de que o horário escolhido para a realização dos cuidados de higiene no domicílio deve ser estabelecido, em cada caso, consoante o efeito que estes cuidados produzem no RN. Se, por um lado, alguns RN ficavam despertos e predispostos ao contacto, por outro, existem RN que ficam mais relaxados e sonolentos com o banho.

Outros aspetos, sobre este procedimento, eram questionados aos pais e, se estes não demonstravam conhecimento, eram ensinados e instruídos. Sobre a técnica do banho, era feita uma introdução sobre alguns princípios a respeitar como: necessidade de um ambiente sem correntes de ar e com uma temperatura cerca de 22-24°C; importância de reunir o material previamente (incluindo toalha, muda de roupa, fralda, compressas esterilizadas e produtos de higiene - a partir da 2ª semana de vida); temperatura da água do banho deve ser cerca de 37°C ou agradável a zona interna do pulso, com altura de 10-20 cm; verificar a fralda do bebé e, se estiver suja, começar por lavar a região perineal; caso contrário será a última parte a lavar, considerando também o sentido cefalo-caudal; e, por fim, nunca deixar o bebé sozinho na banheira (Cardoso, 2014). A técnica do banho ao RN foi ensinada e instruída durante o internamento e treinada pelo menos uma vez por todos os casais cuidados. Relativamente a este procedimento, percebemos que é aquele que mais insegurança provoca nos pais, muitos relataram “ter medo de mexer num bebé tão pequeno”. No entanto, os cuidados de Enfermagem neste domínio, do Papel Parental, teve como

principais objetivos: potencializar a aquisição de conhecimentos e habilidades e aumentar o sentido de segurança, autoeficácia e mestria no casal para a execução dos cuidados no regresso a casa (Hudson, et al. 2001 cit. por Soares, 2014).

Uma das competências que os pais precisaram demonstrar durante o internamento era: tratar do coto umbilical. Assim, instruímos os pais a efetuarem a limpeza do coto umbilical com água e sabão de pH neutro, aquando do procedimento do banho, intervenção que está recomendada pela Associação de Enfermeiros de Saúde da Mulher, Obstétrica e Neonatal desde o início do século XXI. De acordo com Zupan et al. (2007), não existem diferenças significativas quanto ao risco de onfalite quando utilizados antissépticos em comparação com água e sabão. Por outro lado, está comprovada a relação entre a utilização de antissépticos e o atraso da queda do coto umbilical. Sendo assim, os casais foram instruídos, como forma de diminuir as infeções do coto umbilical, a realizarem a sua limpeza com água e sabão diariamente, garantindo que se mantenha limpo e seco, e a vigiar os sinais de infeção diariamente. Com a implementação destes cuidados será possível diminuir a incidência das infeções localizadas do coto umbilical (onfalites) e a sua progressão para infeções generalizadas (Cardoso, 2014).

Lidar com o choro do RN também era um desafio para os novos pais. Chorar é a linguagem dos bebés, linguagem esta muito própria que exige dos pais constante trabalho. É necessário descodificá-lo e para isso, têm de, tentar perceber as alterações na tonalidade e intensidade do choro, além de outros sinais que se associam à um determinado tipo de choro. De tal forma que, às vezes só mesmo os pais, o conseguem distinguir.

Branco et al. (2006) demonstraram a existência de três tipos de choro, que estão presentes desde o nascimento e durante o primeiro mês de vida, apresentando especificidades próprias que podem ajudar os pais na sua interpretação. No caso do choro de fome, este apresenta-se como um sinal tardio, e é acompanhado frequentemente de movimentações laterais da cabeça, boca ligeiramente aberta e movimento de elevação da mão à boca.

O choro de desconforto apresenta características diferentes, identificáveis através de sinais como a testa franzida, tensão ao nível dos membros e momentos de grande intensidade, podendo indicar desconforto que pode ser devido à temperatura corporal (sensação de frio ou sobreaquecimento), à presença de fralda suja ou até mesmo desconforto abdominal pela eliminação de gases. Por fim, o choro de dor é talvez o de mais fácil distinção uma vez que, neste tipo de choro, o *fácies* do RN é cerrado podendo apresentar flexão dos membros inferiores e superiores, choro alto, agudo e de duração variável, que não cessa quando pegado ao colo. O choro de dor pode acontecer por cólica e neste tipo específico de dor o RN poderá apresentar, para além dos sinais distensão abdominal, agitação e irritabilidade (Brazelton et al. 2003).

De acordo com Dustan (2008) é possível entender a origem do choro do bebé com recurso ao som produzido. Para os três tipos de choro presentes ao longo do primeiro mês de vida, a autora identifica o choro de fome com o som “*Neh*”, o choro de desconforto “*Heh*” e o de dor com “*Eairh*”. De facto, é um desafio conseguir identificar os diferentes tipos de choro, no entanto começamos a desenvolver estas competências, juntamente com os pais dos RN e, claro que além de identificar, ajudamos os casais a encontrar estratégias de gestão do choro. Assim, os pais foram instruídos na técnica dos 5 S’s (Karp, 2007), na massagem infantil e no banho como forma de relaxamento.

Sobre a promoção e vigilância da saúde, Cardoso (2014) inclui nesta competência conhecimentos sobre: características iniciais da eliminação intestinal e vesical; quando deve ser realizado o diagnóstico precoce; quando deve ser iniciado o esquema de vacinação. Neste sentido, as nossas intervenções passaram por informar os casais sobre o padrão normal de eliminação do RN durante o internamento. Sendo expectável que a primeira dejeção do RN ocorra antes das 48 horas após o nascimento, tendo uma cor verde-escura e consistência mucosa/gordurosa, denominando-se mecónio. O número de dejeções diárias nos primeiros dias de vida é de cinco a seis por

dia. A eliminação vesical varia entre seis a dez micções diárias com uma coloração citrica clara que indica uma adequada ingestão hídrica (Lowdermilk et al. 2008).

Sobre quando deve ser realizado o diagnóstico precoce, os pais são instruídos a dirigirem-se as Unidades de Saúde Familiar que realizam o acompanhamento em consultas médicas e de ao RN, incluindo a realização do diagnóstico precoce. A colheita de sangue do RN para o diagnóstico precoce deve ser realizada entre o 3º e o 6º dia de vida (Santos, 2010). Os casais também foram ainda informados sobre a pertinência do exame, as doenças rastreadas (por exemplo, hipotireoidismo e a fenilcetonúria) e a forma de realização.

Por fim, acerca do esquema de vacinação podemos dizer que com o consentimento dos pais, todos os RN, com peso igual ou superior a 2000gr, foram vacinados. A primeira vacina administrada - Hepatite B - inicia o plano de vacinação recomendado em Portugal pela DGS, outra vacina ainda recomendada em janeiro e fevereiro de 2016 era a BCG, no entanto, a administração desta não foi possível, uma vez que se encontrava esgotada a nível nacional (DGS, 2012).

4.4. Projeto de amamentação

O projeto de amamentação do casal constituiu-se como um dos principais focos e desafios no pós-parto. São inúmeras e indiscutíveis as conhecidas vantagens da amamentação (Juventino et al. 2011). No entanto, e segundo os mais recentes estudos em Portugal, embora 90% das mães portuguesas iniciem a amamentação, mais de metade desistem durante o 1º mês de vida do bebé (Levy et al. 2008).

As recomendações da OMS preconizam que todas as mulheres devem ter oportunidade de alimentar os seus filhos, exclusivamente com leite materno durante os primeiros 6 meses e como complemento até pelo menos ao final

dos dois anos de vida. Através de uma declaração conjunta, designada “Declaração de Innocenti”, a OMS reconhece que:

“o aleitamento materno constitui um processo único e uma atividade que, mesmo considerada isoladamente, é capaz de reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas, proporcionar nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento, contribuir para a saúde da mulher reduzindo o risco de certos tipos de cancro e de anemia e aumentando o espaçamento entre os partos, proporcionar benefícios económicos para a família e para o país e quando bem adotado, proporcionar satisfação à maioria das mulheres” (OMS, 1990, pp. 2).

Para atingir os objetivos pretendidos pela OMS, é nos exigido a prestação de cuidados de saúde às famílias nesta fase do seu ciclo de vida centrados em desenvolver intervenções no sentido de capacitar as mulheres/casais a cumprir o seu projeto de amamentação, e simultaneamente aumentar a satisfação com que o fazem, sem negligenciar o contexto social e cultural em que se inserem (Pinto, 2008).

Amamentar é uma técnica que requer aprendizagem e prática e nem sempre é simples o seu início. Algumas situações podem dificultá-la como o atraso na subida do leite, dor por ingurgitamento da mama e fissuras mamilares. Face a estas dificuldades, e afetada por dúvidas, a puérpera fica insegura na sua capacidade de amamentar e com receio de prejudicar o RN, surgindo o abandono (Ikhena et al. 2013).

Colocar a culpa do insucesso da amamentação na dinâmica social ou nas mulheres é, não assumir a responsabilidade que também pertence aos profissionais de saúde, principalmente ao EESMO, por estar diretamente envolvido na assistência pré-natal, parto e pós-parto. Ressaltamos que é necessário construir uma relação de confiança com a mulher que é atendida, enfrentando as dificuldades que surgem com o lidar da amamentação e assim

apresentar opções que solucionem os problemas que surgirem (Tavares, 2014).

A nossa intervenção para incentivar o início e manutenção da amamentação passou por: encorajar a amamentação nos primeiros 30 minutos de vida do RN e promover o contacto pele-a-pele; evitar o uso de suplementos, chupetas e biberões; ensinar sobre os benefícios da amamentação, as características do colostro e do leite, os critérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas e o intervalo e duração das mamadas, a posição da mãe e do filho, os sinais de pega adequada e as complicações decorrentes da amamentação; identificar possíveis dificuldades e barreiras juntamente com o casal que possam limitar a amamentação, adaptando estas intervenções de acordo com aspetos culturais (Cardoso, 2014).

Ao longo das primeiras experiências de amamentação a nossa presença era, muitas vezes, necessária de forma a ajudar a mulher a estabelecer uma mamada eficaz e a desenvolver as competências relacionadas com a amamentação. Neste sentido, foi fundamental assistir na amamentação nomeadamente: no posicionamento da mãe e do RN, identificação dos sinais que indicam uma pega adequada, forma de interromper a mamada para corrigir a pega do RN, os sinais de fome e de saciedade, os critérios para a escolha da mama em cada mamada, o intervalo e a duração das mamadas, características nutricionais e tipos de leite produzido, estratégias que podem ser usadas para a prevenção da maceração e mecanismo de produção e ejeção de leite.

Deste modo, consideramos que prestar informação objetiva, adequar as mensagens para as crenças e preocupações de cada família e negociar com as mulheres para que estas tentem um comportamento novo, pode ajudar a estabelecer o aleitamento exclusivo como uma nova norma comunitária (Nelas et al. 2008), considerando que a amamentação é um dos processos que também poderá contribuir positivamente para o desenvolvimento da ligação mãe-filho.

4.5. Ligação mãe/pai-filho

Depois da alta hospitalar os desafios da maternidade mantêm-se e é, após o parto que a Ligação mãe/pai-filho se desenvolve como nunca antes. Esta ligação é fundamental para promover a integração da criança na família e o seu desenvolvimento adequado. Segundo Robertson (cit. por Zeferino, 2011, pp. 24) Ligação mãe/pai-filho refere-se *“ao fenómeno, pelo qual os adultos, através de um fluxo, de mão única, de preocupação e afeição, tornam-se comprometidos com as crianças que estiveram sob seus cuidados durante os primeiros meses e anos de vida”*.

A CIPE, esclarece Ligação mãe/pai-filho como um tipo de *“ligação entre prestador de cuidados - criança: estabelecimento de uma relação próxima entre a mãe/pai e a criança* (ICN, 2011, pp. 61).

Esta ligação dos pais ao RN é um processo que ocorre ao longo do tempo e a diferentes ritmos, mas compreende-se que quando a satisfação das necessidades da criança e da mãe na interação são suficientes, a ligação que se forma é mais segura. Pelo contrário, quando estas condições não são satisfeitas, a ligação pode não existir ou ser fraca (Bowlby, 1984 cit. por Zeferino, 2011). Cardoso define com base na NANDA as características definidoras de uma Ligação mãe/pai - filho adequada:

- Interação positiva com a criança;
- Expressa confiança na sua capacidade para responder às necessidades da criança;
- Expressa confiança na sua capacidade de cuidar de criança;
- Reconhece quando precisa de ajuda (NANDA, 2012 cit. por Cardoso, 2014).

Deste modo, a ligação dos pais ao RN é um processo que ocorre ao longo do tempo e em diferentes momentos para os diferentes pais. Para uns tem início com a gravidez, para outros com o primeiro contacto ou até só após estar em casa com o RN (Klaus et al. 1989, cit. por Cardoso, 2011).

Neste sentido, torna-se primordial que a avaliação da Ligação mãe/pai-filho seja realizada durante o internamento e antes da alta da puérpera e RN de modo, a verificar se as necessidades da criança são satisfeitas. Isto porque de acordo com Bowlby (1984, cit. por Zeferino, 2011) quando a satisfação das necessidades da criança e da mãe na interação são suficientes, a ligação que se forma é mais segura. Pelo contrário, quando estas condições não são satisfeitas, a ligação pode não existir ou ser fraca. A ligação parece assim ser mais forte quando há melhores cuidados maternos, aspeto fundamental para a promoção de um desenvolvimento adequado do RN.

Assim sendo, consideramos importante que tenhamos presente os indicadores de Ligação mãe/pai-filho que demonstram efetividade no estabelecimento da relação. Assim, estes dados contribuíram decisivamente para o desenvolvimento de diagnósticos e planeamento de cuidados diferenciados com base nas necessidades do casal. Segundo a NOC (2008 cit. por Soares, 2014), estamos perante um processo de ligação efetiva quando o casal: sorri para o RN e emite sons comunicando com ele, usam o contacto face a face, sorriem e atribuem-lhe características positivas, elogiam e verbalizam sentimento positivos em relação ao RN, brincam e interagem com ele, mantêm-no confortável, bem alimentado e seguro, tocam, massajam e tentam consolar o seu choro. Também os pais que demonstram vontade em visitar e estar próximos do filho, que se encontra internado em unidades de neonatologia, demonstram indicadores de ligação efetivos encontrados em vários casais cuidados em estágio.

4.6. Nota conclusiva

O capítulo que termina agora, reportamos a vivência do período pós-parto pelas famílias no internamento do CHPVVC, ressaltando alguns focos da nossa atenção como o autocuidado pós-parto, o desenvolvimento de competências

parentais, destacando o projeto de amamentação e, por fim, a ligação mãe/pai-filho.

Concluimos com a certeza de que ajudamos o casal a desenvolver conhecimento e competências que lhes permitam desenvolver identidades parentais conducentes com as expectativas criadas previamente, contribuindo assim para uma adequada assunção de papéis e vivência satisfatória da parentalidade.

5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA

Interpretar as experiências/aprendizagens significativas é expressar o valor dos pensamentos, percepções e emoções da pessoa sobre estas vivências. Não podemos finalizar este relatório sem também referir que, variadas e múltiplas foram as emoções sentidas durante este ano letivo, principalmente, no contexto de TP e parto. O desempenho ao longo do estágio resultou de um processo de crescimento e autoconhecimento, que envolveu autoconfiança, segurança, certeza do que se é, do que se quer e de onde se quer chegar na arte e ciência de partejar. Assim, o estágio no CHPVVC constitui-se como uma importante oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

A filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstetrícia, na sua essência, é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EESMO trabalha em parceria com a mulher, colocando-a no lugar central durante o ciclo reprodutivo. Esta filosofia estabelece como imprescindível a existência de uma relação de confiança entre o EESMO e a parturiente/família para a continuidade de cuidados, a qual melhora e protege o processo de parir e nascer. O modelo de cuidados centrado na mulher implica que adequamos as nossas intervenções às suas reais necessidades individuais das mulheres, e que haja lugar a escolhas informadas sobre todos os aspetos relativos à prestação de cuidados. Pressupõe ainda que seja enfatizado o empoderamento da mulher, afirmando a sua própria força e competências pessoais, assim como um compromisso com a promoção do TP e parto fisiológicos (OE, 2015).

O EESMO é responsável pela fundamentação científica das suas intervenções, para que sua prática seja baseada em evidência. Ao longo do estágio e durante a construção deste relatório a pesquisa, consulta e reflexão

sobre investigação atual foi uma preocupação constante. Esta permanente atualização do saber e do fazer visa a promoção de cuidados cada vez mais eficazes e fundamentados cientificamente. Assim, percebemos por este relatório que as práticas foram problematizadas e refletidas.

Para obtenção do título de Mestre e de EESMO é necessário o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos e competências específicas que preconiza o cumprimento de um número de experiências mínimas. A Diretiva Comunitária publicada no Diário da República (DR n.º 9, de 4 Março 2009) transpõe para o direito interno o que pode conduzir à atribuição do título de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assim sendo, para que isso seja possível a aquisição do título de EESMO, o estudante, ao longo do seu percurso deverá realizar: o acompanhamento de 100 grávidas, a prestação de cuidados a 40 parturientes; realizar 40 partos eutócicos ou, por falta de oportunidades de aprendizagem, realizar 30 partos desde que o estudante participe em mais 20 partos distócicos; participação em partos de apresentação pélvica ou situação simulada em contexto de sala de aula, prática de episiotomia e iniciação à sutura; vigilância e cuidados prestados a 40 mulheres, durante ou depois do parto, em situação de risco; vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 100 puérperas e RN saudáveis, observação e prestação de cuidados a RN de risco e mulheres com situações patológicas do foro obstétrico e ginecológico.

Deste modo, nas Figuras 2, 3, 4, 5 e 6 estão representados os dados referentes aos utentes cuidados ao longo do estágio realizado. Lembramos que não foi possível a realização de parto com apresentações fetais pélvicas, sendo a simulação e o procedimento realizado em contexto de laboratório

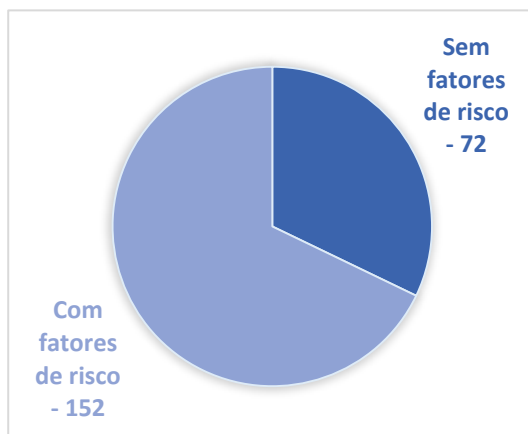


Figura 4 - Nº de grávidas cuidadas/acompanhadas.

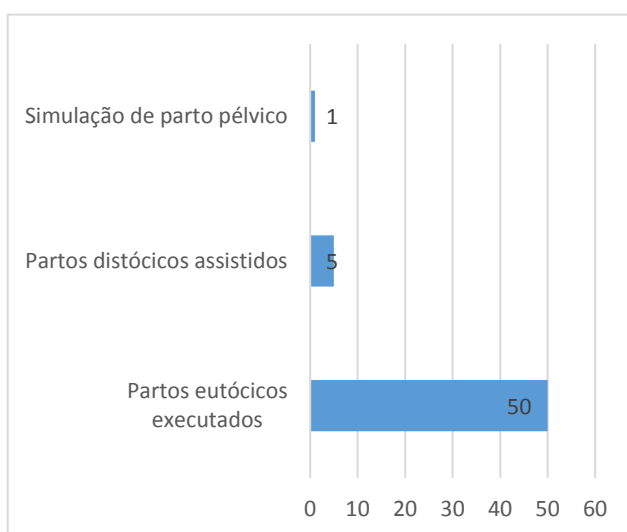


Figura 5 - Nº de experiências de partos.

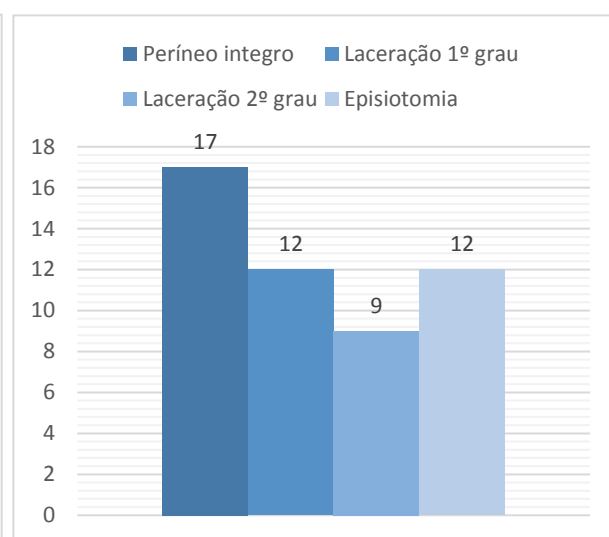


Figura 6 - Tipo de trauma perineal dos partos executados

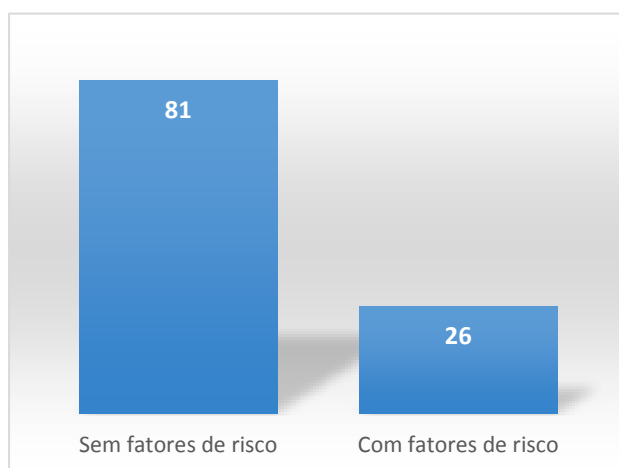


Figura 7 - Nº de experiências com puérperas

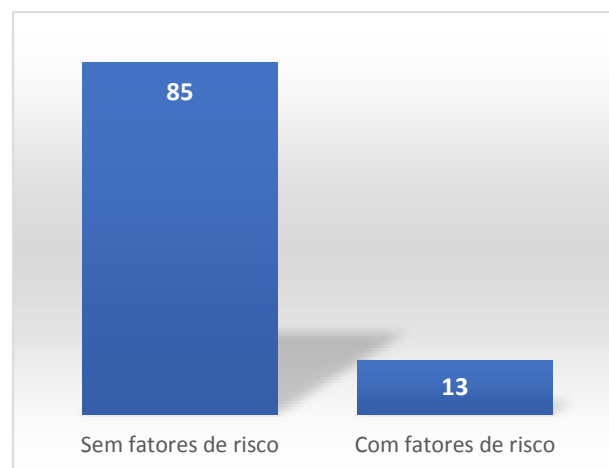


Figura 8 - Nº de experiências com RN

CONCLUSÃO

Terminado o percurso do estágio profissionalizante, concluímos este percurso formativo com a elaboração deste relatório de estágio. Desenvolvemos intervenções, não apenas com conhecimento previamente adquiridos, mas também com a recontextualização dos saberes baseados na evidência mais atual.

Assim, consideramos que os objetivos propostos neste relatório no âmbito da aquisição e de desenvolvimento de competências foram atingidos. Conseguimos demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de Enfermagem que permitiram a assistência especializada à mulher e família na gravidez com complicações, TP, parto, puerpério e ao RN saudável e de risco, respeitando as suas diferenças culturais. Além disso, fomos capazes de analisar criticamente, argumentar e sistematizar as intervenções do EESMO, refletindo sobre os focos de atenção de Enfermagem mais frequentes em cada área de cuidado especializado do EESMO.

Neste relatório foram abordadas as diferentes áreas de atuação do EESMO, assim como o desenvolvimento de um processo de investigação tendo por base uma temática relevante relacionada com a prática, que passa pela intervenção do EESMO durante o período expulsivo na prevenção do trauma perineal, numa tentativa de compreender se a realização de MP no período pré-natal ou no TP influencia a incidência de trauma perineal no segundo período de TP.

Considerando os objetivos delineados e a metodologia adotada na revisão integrativa da literatura realizada entendemos que os resultados não são claros, coexistindo estudos de elevada evidência científica sobre o tema com resultados divergentes. Contudo, concluímos que, no que diz respeito a MP pré-natal se realizada desde a 34^a/35^a semana de IG com regularidade de, aproximadamente, 1,5 por semana com duração de 10 minutos por vez,

usando óleo vegetal ou uma substância hidrossolúvel para lubrificação reduz a probabilidade das mulheres sofrerem uma episiotomia durante o parto, podendo ser realizada pela própria grávida ou seu companheiro. Consideramos importante realçar que a prática regular da MP pré-natal poderá ser desconfortável nas primeiras 2 ou 3 semanas, mas é bem aceite pela maioria das mulheres que referem que numa próxima gravidez, provavelmente, iriam repetir a prática da MP.

Noutro sentido, os estudos que experimentaram a MP durante o TP, não demonstram muitas conclusões, mesmo assim, a MP realizada durante o TP, principalmente no 2º período, parece reduzir a probabilidade das mulheres sofrerem uma episiotomia durante o parto.

Por conseguinte, através da revisão da literatura conseguimos perceber a necessidade de ensaios clínicos randomizados de alta qualidade, estudos observacionais retrospectivos e estudos qualitativos que examinam consequências clínicas e as experiências das mulheres sobre a intervenção sugerida, de modo que possamos fazer recomendações baseadas em evidências para a futura prática clínica obstétrica. Com a evidência atual, sugerimos aos EESMO ensine os casais grávidos acerca da MP durante a gravidez a partir das 34^a/35^a semanas de IG.

Assim, a incorporação crescente do EESMO na assistência obstétrica, com intervenções baseadas em evidências científicas, constitui uma das estratégias para a implantação de um atendimento humanizado livre de intervenções desnecessárias, preservando-se a autonomia da mulher durante o pré-natal, TP e parto e puerpério.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AASHEIM, V. et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. 2011, vol. 12, nº CD006672.
- ADAMS, E.; BIANCHI, A. A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2008, vol.37, nº1, pp.106-115.
- ADAMS, J. et al. Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: Examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women, *Midwifery*. 2015, vol.31, nº4, pp.458-463.
- AFSHARI, P. et al. Management of third stage labour following vaginal birth in Iran: A survey of current policies, *Midwifery*. 2014, nº30, pp.65-71.
- ALBERS, L. et al. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*. 2006, vol.33, nº2, pp.94-100.
- ALBERS, L. Reducing Genital Tract Trauma at Birth: Launching a Clinical Trial in Midwifery, *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2003, vol.48, pp.105-110.
- ALBERS, L.; BORDERS, N. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2007, vol.52, nº3, pp.246-253.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) Practice bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician Gynecologists. *Obstetrics Gynecology*. 2002, vol.40, pp.759-763.

- AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstetrics & Gynecology*. 2009, vol.114, nº2 Pt 1, pp.386-397.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA) *Diagnosis and classification of diabetes mellitus*. 2011, vol.34, nº1, pp.62-69.
- ANIM-SOMUAH, M. et al. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. 2011, vol.7, nºCD000331.
- ANWAR, J. et al. Effect of Epidural Analgesia on Labor and its Outcomes, *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*. 2015, vol.27, nº1.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS Iniciativa Parto Normal - Documento de Consenso da FAME. Loures : Lusociência. 2009.
- AYRES DE CAMPOS, D. et al. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 2ª Ed. Lisboa/Porto: Lidel, 2008, pp.165-167.
- BECKMANN, M. et al. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, vol. 4, nº CD005123.
- BEGLEY C. et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. 2011, vol.9, nºCD007412.
- BORDERS, N. Midwives' Verbal Support of Nulliparous Women in Second Stage Labor, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2013, vol.42, nº3, pp.311-320.
- BOTELHO, L. et al. The Integrative Review method in organizational studies. *Gestão e Sociedade Belo Horizonte*. 2011, vol.5, nº11, pp. 121-136.
- BRANCO, A. et al. O choro como forma de comunicação de dor do RN: uma revisão. *Revista Paulista de Pediatria*. 2006, vol.24, nº3, pp.270-274.
- BRAZELTON, T.; SPARROW, J. *A Criança e o Choro*. Editorial Presença, 2003.

- BRUGGEMANN, O. et al. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial, *Reproductive Health*. 2007, vol.4, nº5.
- CANAVARRO, C. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra : Quarteto Editora. 2001.
- CARDOSO, A. *Instrumento de avaliação das competências parentais*, 2014.
- CARDOSO, A. *Tornar-se mãe, Tornar-se pai: Avaliação das competências parentais*, Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Doutoramento.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) *Prevention of perinatal group B streptococcal disease: Revised guidelines from CDC*. MMWR Recommendations and Reports. 2002, nº51, pp.1-22.
- CHENG, Y. et al. Second stage of labor and epidural use: a larger effect than previously suggested. *Obstetrics & Gynecology*. 2014, nº123, pp.527-535.
- CLUETT, E.; BURNS, E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. 2009, vol.2, nºCD000111.
- CONDE, A. Perceção da experiência de parto: Continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2007, vol.8, nº1, pp.49-66
- DAVIES, R. et al. The effect of waterbirth on neonatal mortality and morbidity: A systematic review protocol. *Joanna Briggs Institute Database of Sytematic Reviews and Implementation Reports*. 2014, vol.12, nº7, pp.1-8.
- DECRETO-LEI nº 44. DR. I Série. Nº 44 (2009-03-04), pp. 1466-1536.
- DECRETO-LEI nº 57. DR. I Série. Nº 57 (2014-03-21), pp. 2127-2131.
- DECRETO-LEI Nº 76. DR. II Série. Nº 76 (2016-04-19), pp. 12560-12562.
- DECRETO-LEI nº 9. DR. II Série. Nº 9 (2009-03-04), pp. 1466-1536.
- DECRETO-LEI nº35. DR. II Série. Nº 35 (2011-02-18), pp. 8662-8666.

- DEMIREL, G; GOLBASİ, Z. Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015, nº131, pp.183-186.
- DÖNMEZ, S; KAVLAK, O. Effects of Prenatal Perineal Massage and Kegel Exercises on the Integrity of Postnatal Perine. *Health*. 2015, nº7, pp.495-505.
- EASON, E. et al. Preventing perineal trauma during childbirth. *Obstetrics and Gynaecology*. 2000, vol.95, nº3, pp.464-471.
- EAST, C. et al. Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey, *Midwifery*. 2015, vol.31, pp.122-131.
- ENKIN, M. et al. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- ERIKSEN, L. et al. Mode of delivery after epidural analgesia in a cohort of low-risk nulliparas. *Birth*. 2011, nº38, pp.317-326.
- FAHY, K. et al. Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labour for women at low risk of postpartum haemorrhage: A cohort study. *Women and Birth*. 2010. nº23, pp. 146-152.
- FORTIN, M. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- FREITAS, F. et al. *Rotinas em obstetrícia*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- GAGNON, A. et al. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. 2011, vol.3, nºCD002869.
- GAU, M. et al. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan, *Midwifery*. 2011, nº27, pp.293-300.
- GERANMAYEH, M. et al. Reducing perineal trauma through perineal massage with Vaseline in second stage of labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2012, nº285, pp.77-81.

- GRAÇA, L. et al. *Medicina Materno-fetal*. 4ª Edição. Lisboa. Lidel, 2010.
- HASEGAWA, J. et al. Effects of epidural analgesia on labor length, instrumental delivery, and neonatal short-term outcome. *Journal Anesthesia*. 2013, nº27, pp.43-47.
- HENRIQUES, C. et al. Determinantes na transição para a parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015, vol.2, pp.63-68.
- HODNETT, E. et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012, vol.10, nºCD003766.
- IKHENA, D.; TAYLOR, J. The 5 minute clinical consult: Breastfeeding. 21ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
- INDRACCOLO, U. et al. Effect of epidural analgesia on labor times and mode of delivery: a prospective study. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*. 2012, vol.39, pp.310-313.
- INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). *Management of labor*. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement. 5ª edição, 2013.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DIABETES AND PREGNANCY STUDY GROUPS CONSENSUS PANEL (IADPSGCP) *International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy*. 2010, vol.33, nº3.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- JACOB, A. *A comprehensive textbook of Midwifery and Gynecological Nursing*. 3ª ed. Jaypee Brothers Medical Publishers, 2012.
- JANULA, R. et al. Effectiveness of Aromatherapy and Biofeedback in Promotion of Labour Outcome during Childbirth among Primigravidas. *Health Science Journal*. 2015, vol.9, nº1, pp.9.
- JENNINGS, R. Understanding a physiological third stage of labour: A personal reflection, *British Journal of Midwifery*. 2012, vol.20, nº8.

- JONG, P. et al. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1997, vol.104, nº5, pp. 567-571.
- JONGE, A. et al. Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands. *BioMed Central Pregnancy Childbirth*. 2014, vol. 14, pp. 103.
- JUVENTINO, E. Tecnologias de enfermagem para a promoção do Aleitamento Materno: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 2011, vol.32, nº1, pp. 176-184.
- KARAÇAM, Z. et al. The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes. *Health Care for Women International*. 2012, nº33, pp.697-718.
- KARP, H. *Five simple steps to calm your baby's fussies!* - Pediatrics for parents. Bangor, 2007.
- KETTLE, C.; TOHILL, S. Perineal care. *Clinical Evidence (online)*. 2008 Sep/24.
- KOPAS, M. A Review of Evidence-Based Practices for Management of the Second Stage of Labor, *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2014, vol.59, pp.264-276.
- KUMBEL, B. On the mechanism of tolerance to the RhD antigen mediated by passive anti-D (RhD prophylaxis). *Immunology Letters*. 2002, vol.82, pp.67-73.
- LABRECQUE, M. et al. Prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy: a pilot study. *Birth*. 1994, nº21, pp.20-25.
- LAMAZE INTERNATIONAL INSTITUTE FOR NORMAL BIRTH The six care practices that support normal birth. *Care Practice Paper*. 2003.
- LEVY, L.; BÉRTOLO, H. *Manual de Aleitamento Materno*. UNICEF, 2008.
- LONDON, M. et al. *Maternal & Child Nursing Care*. 4ª Ed. Greensboro : Pearson Education, 2010.

- LOPES, C. et al. O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005, vol.18, nº2, pp.247-254.
- LOWDERMILK, D.; PERRY, S. *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Ed. Loures : Lusodidacta, 2008.
- LUNDGREN, I.; DAHLBERG, K. Midwives' experience of the encounter with women' and their pain during childbirth. *Midwifery*. 2002, vol.18, nº2, pp.155-164.
- MACEDO, P. Percepção da Dor pela Mulher no Pré-Parto: A Influência do Ambiente, *Revista Enfermagem UERJ*. 2005, vol.13, pp.306-312.
- MACKEY, M. Women's evaluation of the labor and delivery experience. *Nursing connections*. 1998, vol.11, nº3, pp. 19-32.
- MAKVANDI, S. et al. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2015, vol.41, nº11, pp. 1679-1686.
- MARTINS, A. et al. A Vivência do Pai na Sala de Partos: Perspectivas do Acompanhante. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 2006, nº7, pp. 43-46.
- MATOS, T. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010, vol.63, nº6, pp.998-1004.
- MAUAD FILHO, F. et al. Diabetes e Gravidez: Aspectos Clínicos e Perinatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 1998, vol.20, nº4, pp.193-198.
- MEI-DAN, E. et al. Perineal Massage During Pregnancy: A prospective controlled trial. *The Israel Medical Association Journal*. 2008, vol.10, pp.299-502.
- MELEIS, A. et al. Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 2000, vol.23, nº1, pp.12-28.
- MELEIS, A. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories In Nursing Research and Practice*, Nova Iorque : Springer Publishing Company, 2010.

- MENDES, K. et al. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem, *Texto Contexto Enfermagem*. 2008, vol.17, nº4, pp.758-764.
- MONTENEGRO, C.; REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia fundamental*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2007.
- MOORE, E.; MOORHEAD, C. Promoting normality in the management of the perineum during the second stage of labour. *British Journal of Midwifery*, 2013, vol.21, nº 9.
- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned *Clinical Guideline: Antenatal care - routine care for the healthy pregnant woman*. London: RCOG Press, 2003.
- NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EXCELLENCE (NICE) *Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies*. London, 2007.
- NELAS, P. et al. Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida, *Revista Referência*. 2008, vol.2, nº6.
- ODENT, M. A cientificação do amor. 2ª ed. Florianópolis : Saint Germain, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) *Declaração de Innocenti*, 1990.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) *Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy*. Genebra, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) *Maternidade Segura - Assistência ao Parto Normal: um guia prático*, 1996.

- OSBORNE, K.; HANSON, L. Directive versus supportive approaches used by midwives when providing care during the second stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's*. 2012, vol.57, pp.3-11.
- PETROCNIK, P.; MARSHALL, J. Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery*. 2015, vol.31, pp.274-279.
- PINTO, T. Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade. *Arquivos de Medicina*. 2008, vol.22, nº3, pp. 57-68.
- PORTO, A. et al. Assistance to the first period of labor based on evidence. *Revista Feminina*. 2010, vol.38, nº10, pp.527-537.
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde *Plano Nacional de Vacinação*, 2012.
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. *Plano nacional de luta contra a dor*, 2001.
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. *Relatório de Consenso sobre Diabetes e Gravidez*, 2011
- PRENDIVILLE, W. et al. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. 2000, vol.3, nºCD000007.
- PROGIANTI, J. *Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar Rio de Janeiro - 1934/1951*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001. Tese de Doutoramento.
- RAMALHO, A. A Experiência de Sentir-se Respeitada Durante o Trabalho de Parto no Hospital. *Pensar Enfermagem*. 2010, vol.13, nº1, pp.9-23.
- REIS, P. *Fatores que Influenciam as Estratégias de Coping dos Pais no Processo de Transição para a Parentalidade*, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Tese de Mestrado
- RELVAS, A. *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento, 2000.
- RIBEIRO, L. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Oliveira de Azeméis: Legis, 2010.

- RICCI, S. *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- RODRIGUES, D. et al. Obstetrical Violence as Practice in Health Care to Woman During Labor: Reflective Analysis, *Journal of Nursing UFPE on line*, 2015, vol.5, pp.8461-8467.
- SANDERS, L. *Empowering Women through the Birth Process: Midwifery Vs. The Medical Model*. Faculty of the Division of Social Work California State University. 2013. Tese de Mestrado.
- SANTANA, L. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial, *Journal of Physiotherapy*. 2015, vol.62, pp.29-34.
- SANTOS, A.; CARDOSO, A. A qualidade de vida e o suporte social da grávida. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 2010, nº11.
- SILVA, C. *Transição para a Parentalidade: Necessidades de Cuidados de Enfermagem no Pós-parto Eutócico*, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Tese de Mestrado.
- SIMKIN, P. Comfort in Labor - How You Can Help Yourself to a Normal Satisfying Childbirth, *Childbirth Connection*. 2007.
- SMITH, C. et al. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. 2011, vol.12, nºCD009514.
- SOARES, A. *O Cuidado de Enfermagem Baseado em Evidência a Influência da Introdução da Chupeta no Primeiro Mês de Vida na Duração da Amamentação*, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Relatório de Estágio
- SOARES, C.; VARELA, V. *Assistência de Enfermagem no Puerpério em Unidade de Atenção Básica: incentivando o autocuidado*, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007. Monografia
- SOARES, H. *O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem*, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de Mestrado

- SOCIEDADE BRASILEIRA DO DIABETES (SBD) *Diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-gestação*, Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional, 2014.
- SOUSA, A. *Construir a Confiança para o parto: Desenvolvimento e Avaliação de um Programa de Intervenção em Enfermagem*, Universidade Católica Portuguesa, 2015. Tese de Doutoramento.
- SOUTO, S. *O Trabalho de Parto: um evento crítico na Transição para a Maternidade*, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Tese de Mestrado.
- STAMP, G. et al. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2001, nº322, pp.1277-1280.
- SULLIVAN, D. et al. Natural Labor Pain Management, *International Journal of Childbirth Education*, 2015, vol.30, nº2.
- TAAVONI, S. et al. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2016, vol.24, pp.99-102.
- TAVARES, E. *Intervenções Determinantes do EESMO para o Sucesso do Aleitamento Materno*, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Relatório de Estágio.
- THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE *The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party*. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. 2014.
- THOMAS, T; MATHIAS, A. A Quasi Experimental Study on The Prevention of Perineal Trauma by Perineal Massage Among Multigravid Women in A Selected Hospital at Mangalore. *Paripex - Indian Journal of Research*. 2015, vol.4, nº5.
- TROCHEZ, R. et al. Hands on or hands off the perineum: a survey of care of the perineum in labour (HOOPS). *International Urogynecology Journal*. 2011, vol.22, pp.1279-1285.

- VALIANI, M. et al. Comparative study on the influence of three delivery positions on pain intensity during the second stage of labor, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2016, vol.21, nº4.
- WALKER, C. et al. Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma, *International Urogynecology Journal*. 2012, vol.23, pp.1249-1256.
- WEIPING, M. et al. How Do Physicians and Midwives Manage the Third Stage of Labor?. *Birth*. 2008, vol.35, nº3.
- WHITBURN, L. et al. Women's experiences of labour pain and the role of the mind: An exploratory study, *Midwifery*. 2014, vol.30, pp.1029-1035.
- WILDE-LARSSON, B. et al. Birth giving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. 2011, vol.20, nº7-8, p.1168-1177.
- ZARE, O. et al. Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration. *Health*. 2014, vol.6. nº1, pp.10-14.
- ZEFERINO, L. *Pais-filho: As condicionantes da ligação*, Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Mestrado
- ZHANG, L. et al. Efficacy of epidural analgesia with ropivacaine on labor, maternal, and neonatal: a meta-analysis of prospective and retrospective studies, *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2016, vol.9, nº5, pp.7896-7907.
- ZINSSER, L. et al. Midwives' attitudes towards supporting normal labour and birth - A cross-sectional study in South Germany, *Midwifery*. 2016, vol.39, pp.98-102.
- ZUPAN, J. et al. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database for Systematic Reviews*. 2009, vol.4, nºCD001057.

ANEXOS

ANEXO I - TABELAS DE ANÁLISE DE ARTIGOS

TÍTULO	PERINEAL MASSAGE DURING PREGNANCY: A PROSPECTIVE CONTROLLED TRIAL
AUTORES	MEI-DAN, E.; WALFISCH, A.; RAZ, I.; LEVY, A. e HALLAK, M.
ANO	2008
PUBLICAÇÃO	The Israel Medical Association Journal
OBJETIVOS	Avaliar a eficácia da MP pré-natal ao aumentar a probabilidade de parto com períneo íntegro.
METODOLOGIA	<p>Estudo quasi-experimental controlado prospetivo</p> <p>A amostra inclui 234 mulheres primíparas com um único feto que eram acompanhadas no Soroka University Medical Center (Beer Sheva, Israel). Os critérios de inclusão incluíram mulheres primíparas com 30-34 semanas de gestação que teriam provável parto vaginal. Os critérios de exclusão consistiram de antecedentes de procedimentos vaginais, gestação múltipla, uso de um óleo de MP diferente do em estudo durante a gravidez atual e dificuldades de comunicação. As mulheres alocadas ao grupo de estudo foram instruídas a praticar MP durante 10 minutos diariamente a partir da 34ª semana de gestação até ao parto. As medidas de desfecho primário incluíram a taxa de episiotomia; taxas de lacerações perineais de 1º, 2º, 3º e 4º graus; e períneo íntegro. Os desfechos secundários foram relacionados a locais específicos da laceração e a quantidade de material de sutura necessário para o reparo.</p>
RESULTADOS	As taxas de episiotomia, lacerações perineais totais e períneo íntegro foram semelhantes nos grupos estudo e controlo. As mulheres do grupo de massagem apresentaram taxas ligeiramente mais baixas de lacerações de 1º grau (73,3% vs. 78,9%, $p=0,39$) e taxas ligeiramente mais altas de lacerações de 2º grau (26,7% vs. 19,3%, $p=0,39$), embora ambos resultados não atingiram significância estatística. As taxas de lacerações perineais anteriores foram significativamente maiores no grupo de massagem (9,5% vs. 3%, $p=0,05$), enquanto que as taxas de lacerações laterais foram ligeiramente inferiores neste grupo, mas sem significância estatística (11,5% vs. 13,1%, $p=0,44$).
CONCLUSÕES	A prática da MP pré-natal não mostrou efeito protetor nem prejudicial sobre a ocorrência de trauma perineal.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	2c

TÍTULO	ANTENATAL PERINEAL MASSAGE FOR REDUCING PERINEAL TRAUMA
AUTORES	BECKMANN M. e STOCK O.
ANO	2013
PUBLICAÇÃO	Cochrane Database of Systematic Reviews
OBJETIVOS	Avaliar o efeito da MP pré-natal na incidência de trauma perineal no parto e subsequente morbidade.
METODOLOGIA	Revisão sistemática de estudos randomizados controlados. Foram identificados doze estudos de sete ensaios clínicos a partir de pesquisas eletrônicas. Quatro ensaios clínicos foram incluídos nesta revisão, outros dois foram excluídos e um ensaio ainda estava por concluir.
RESULTADOS	Foram incluídos quatro ensaios (2497 mulheres) comparando a aplicação de MP com o grupo de controle, sendo todos de boa qualidade. A MP pré-natal foi associada a uma redução global da incidência de trauma perineal em que foi necessário sutura (quatro ensaios, 2480 mulheres, RR 0,91 (95% CI 0,86 a 0,96) NNTB 21 (12 a 75)) e mulheres que praticaram MP foram menos propensas a sofrer uma episiotomia (quatro ensaios, 2480 mulheres, RR 0,84 (95% IC 0,74 a 0,95), NNTB 21 (12 a 75)). Estes achados foram significativos para mulheres sem parto vaginal prévio. Não foram observadas diferenças na incidência de lacerações perineais de 1º ou 2º grau ou trauma perineal de 3º/4º graus. Apenas mulheres que já haviam tido pelo menos um parto vaginal prévio relataram uma redução estatisticamente significativa na incidência de dor aos três meses pós-parto (um estudo, 376 mulheres, RR 0,45 (IC 95% 0,24 a 0,87) NNTB 13 (7 a 60)). Não foram observadas diferenças significativas na incidência de partos instrumentais, satisfação sexual, ou incontinência de urina, fezes ou flatos para qualquer mulher que praticou a MP em comparação com aquelas que não fizeram massagem.
CONCLUSÕES	A MP pré-natal iniciada aproximadamente as 35 semanas de gestação reduz a incidência de trauma perineal que requer sutura (principalmente episiotomias) e as mulheres apresentam menos probabilidade de apresentar dor perineal aos três meses pós-parto (independentemente de ter ou não uma episiotomia). Como tal, as mulheres devem ser conscientizadas do benefício provável da MP ter acesso as informações sobre o procedimento da massagem, embora haja algum desconforto nas primeiras semanas de realização.

NÍVEL DE EVIDÊNCIA	1a
-----------------------	----

TÍTULO	EFFECTS OF PRENATAL PERINEAL MASSAGE AND KEGEL EXERCISES ON THE INTEGRITY OF POSTNATAL PERINE
AUTORES	DÖNMEZ, S. e KAVLAK, O.
ANO	2015
PUBLICAÇÃO	Scientific Research Publishing
OBJETIVOS	Investigar os efeitos da MP e exercícios de Kegel realizados no pré-natal sobre a integridade de períneo nas mulheres que experimentaram um parto vaginal pela primeira vez.
METODOLOGIA	<p>Estudo randomizado controlado</p> <p>A amostra incluiu 101 grávidas (30 no grupo da MP, 32 no grupo dos exercícios de Kegel e 39 no grupo de controlo) com 33 semanas de idade gestacional que foram encaminhadas para o Ege University Hospital (İzmir, Turquia). Os critérios de inclusão deveriam ter entre 18 e 35 anos de idade, disposta a participar no estudo, primípara, ser uma gravidez de baixo risco, não ter qualquer indicação cesariana conhecida, disposta a dirigir-se ao hospital pelo menos uma vez por semana. Para determinar os efeitos no pós-parto da MP e dos exercícios de Kegel, foram utilizados três grupos de coleta de dados, avaliados por meio de entrevista realizada um a um no hospital durante o internamento imediatamente após ao parto, 24 horas pós-parto e entrevista telefónica realizada 15 dias após o parto.</p>
RESULTADOS	<p>Não foi possível encontrar qualquer diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo e de controlo em termos de idade média, ocupação e escolaridade ($p=0,125$). Verificou-se que a episiotomia foi aplicada em 83,3% das mulheres do grupo de massagem, 87,5% das mulheres do grupo de exercícios de Kegel e 100% das mulheres do grupo de controlo, mas não foi possível encontrar qualquer diferença estatisticamente significativa ($p=0,014$). Lacerações perineais ocorreram em 16,7% das mulheres do grupo de massagem, 56,3% das mulheres do grupo de exercícios de Kegel e 82,1% das mulheres do grupo de controlo, mas não foi possível encontrar qualquer diferença estatisticamente significativa. Foi observada diferença estatisticamente significativa entre as mulheres dos grupos de massagem e controlo em relação à dor perineal e cicatrização nas 24 horas ($p=0,000$; $p=0,000$) e 15 dias após o parto ($p=0,000$; $p=0,000$).</p>

CONCLUSÕES	Concluiu-se que a MP e os exercícios de Kegel são significativamente importantes para manter a integridade do períneo. Pensa-se que o suporte do profissional de saúde durante a execução da MP e os exercícios de Kegel na gravidez desempenha um papel significativo na qualidade de vida das mulheres.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	1c

TÍTULO	QUASI EXPERIMENTAL STUDY ON THE PREVENTION OF PERINEAL TRAUMA BY PERINEAL MASSAGE AMONG MULTIGRAVID WOMEN IN A SELECTED HOSPITAL AT MANGALORE
AUTORES	THOMAS, T. e MATHIAS, R.
ANO	2015
PUBLICAÇÃO	Paripex - Indian Journal of Research.
OBJETIVOS	Comparar a eficácia da MP pré-natal na prevenção do trauma perineal entre mulheres múltiparas.
METODOLOGIA	<p>Estudo quasi-experimental transversal.</p> <p>Numa amostra de 40 mulheres com gravidezes de baixo risco (20 em cada grupo - intervenção e de controlo) com mais de 35 semanas e que fossem múltiparas submetidas a pelo menos um parto vaginal prévio. A MP foi demonstrada e ensinada às participantes durante as consultas do terceiro trimestre no Obstetrics and Gynaecology (Mangalore, Índia). A ocorrência de qualquer trauma perineal observado no período pós-parto foi registado usando uma lista de verificação observacional sobre o trauma perineal. Foi dado um parecer sobre a MP pré-natal às mulheres do grupo de intervenção após o parto para avaliar as suas opiniões sobre a MP pré-natal. Os dados coletados foram compilados para análise utilizando SPSS v.16.</p>
RESULTADOS	Os achados do presente estudo mostram que 65% das mulheres estavam altamente satisfeitas e 35% satisfeitas com a MP pré-natal. As mulheres no grupo de intervenção apresentaram menor trauma (0,45) em relação às mulheres do grupo de controlo (1,2). Há diferença significativa nos scores médios de trauma perineal entre as mulheres no grupo de intervenção e de controlo. Isto indica que a MP é uma medida eficaz na prevenção do trauma perineal nas mulheres múltiparas. Não houve associação significativa entre traumas perineais e variáveis demográficas como idade, escolaridade, ocupação, paridade e peso do RN.
CONCLUSÕES	As mulheres múltiparas que praticavam a MP durante a gravidez Tiveram menor probabilidade de sofrerem trauma perineal em comparação com as mulheres no grupo de controlo. As mulheres que não praticavam a MP durante a gravidez tinham experimentado maior número de lacerações de 2º grau. Foi dado um parecer às mulheres que praticaram a MP durante a gravidez que indicou que as mulheres estavam altamente satisfeitas com a intervenção da massagem.

NÍVEL DE EVIDÊNCIA	2c
-----------------------	----

TÍTULO	THE USE OF PERINEAL MASSAGE IN THE SECOND STAGE OF LABOR AND FOLLOW-UP OF POSTPARTUM PERINEAL OUTCOMES
AUTORES	KARAÇAM, Z.; EKMEK, H. e ÇALIŞIR, H.
ANO	2012
PUBLICAÇÃO	Health Care for Women International
OBJETIVOS	Investigar se a MP durante o TP diminuiu o trauma perineal e os problemas relacionados ao trauma (tempo de recuperação após o parto para iniciar a amamentação; frequência de dor perineal e as complicações da cicatrização de feridas no período de 1 dia a 3 semanas após o parto; frequência de complicações de longa duração, como dor perineal, incontinência urinária e fecal, flatos e dispareunia).
METODOLOGIA	<p>Estudo randomizado controlado.</p> <p>Um total de 396 mulheres nulíparas incluídas no estudo foram randomizadas consecutivamente em grupos de massagem (n=198) e controle (n=198) no serviço de obstetrícia e ginecologia de Aydin State Hospital (Turquia), sendo que teriam que ter 37-42 semanas de gestação, 18-35 anos de idade, e um provável parto vaginal. Foram excluídas as mulheres que tinham de gestações múltiplas, fetos macrossômicos, apresentação pélvica, posição occipitoposterior, polihidrâmnios, sofrimento fetal, óbitos intrauterinos, prematuridade, pós-maturidade e parto assistido por vácuo. Os dados foram coletados através de observação direta (do TP) e um questionário (no 1º dia pós-parto, 3ª semana e 1º ano). A MP foi iniciada quando o colo do útero tinham pelo menos 8 cm de dilatação no grupo de massagem, durante pelo menos 10 minutos.</p>
RESULTADOS	<p>Mais de metade das grávidas tanto no grupo da massagem como no grupo de controle foram submetidas a episiotomia (massagem=52,0%, controle=60,6%). Entretanto, uma baixa percentagem de mulheres apresentou edema perineal (massagem=3,5%, controle=3,5%) e uma alta percentagem de laceração espontânea (massagem=44,4%, controle=35,9%). Uma percentagem significativamente menor de grávidas no grupo de massagem apresentou episiotomias associadas a lacerações espontâneas (7,6% vs. 15,7%). Entretanto, somente uma baixa percentagem de grávidas em ambos os grupos apresentou lacerações de 2º grau (massagem=4,6%, controle=2,0%) e nenhuma das grávidas desenvolveu lacerações de 3º ou 4º graus. As lacerações espontâneas ocorreram principalmente nas regiões posterior e anterior da vagina. A laceração</p>

	<p>espontânea das regiões anteriores ocorreu mais no grupo de massagem do que no grupo de controle, mas essa diferença não foi significativa estatisticamente.</p> <p>Não houve diferença significativa em relação à dor perineal 1 dia e 3 semanas após o parto ou cicatrização de feridas e problemas relacionados entre os grupos de massagem e controle. Nas entrevistas 1 ano após o parto, não houve diferença significativa entre os grupos quanto à dor perineal prolongada, incontinência de esforço, perda de controle urinário, incontinência de urgência, flatos e dispareunia. Nenhuma das mulheres experimentou incontinência fecal antes e durante a gravidez e após o parto. No presente estudo, 34,6% das mulheres em ambos os grupos relataram experimentar dispareunia antes da concepção; 38,7% durante a gravidez; E 28,9% no período pós-parto.</p>
CONCLUSÕES	Este estudo de grávidas primíparas revelou que a MP na segunda etapa do TP diminuiu a taxa de episiotomias e lacerações espontâneas e a quantidade de material necessário para suturar, mas não diminuiu os problemas pós-natais de curta e longa duração.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	1c

TÍTULO	REDUCING PERINEAL TRAUMA THROUGH PERINEAL MASSAGE WITH VASELINE IN SECOND STAGE OF LABOR
AUTORES	GERANMAYEH, M.; HABIBABADI, Z.; FALLAHKISH, B.; FARAHANI, M.; KHAKBAZAN, Z. e MEHRAN, A.
ANO	2012
PUBLICAÇÃO	Archives of Gynecology and Obstetrics
OBJETIVOS	Investigar o efeito da MP no segundo estágio de TP com vaselina sobre o trauma perineal (taxa de procedimentos de episiotomia e lacerações perineais).
METODOLOGIA	<p>Estudo randomizado controlado.</p> <p>Estudo conduzido em 90 mulheres primíparas em 2009 que se referiam ao Imam Sajjad Hospital (Teerã, Irão). Os critérios de inclusão foram: idade de 18-30 anos, IG de 38-42 semanas, atendendo a todos os requisitos de parto vaginal com apresentação cefálica anterior, inexistência de qualquer lesão perineal (cicatriz, edema, lesão, etc.) que pudesse interferir com a massagem e não ter alergia à vaselina. Os critérios de exclusão incluíam sofrimento fetal durante o TP, parto assistido instrumentado ou por cesariana.</p>
RESULTADOS	<p>A duração do segundo estágio de TP foi significativamente menor no grupo de massagem em comparação com o de controlo (37 ± 20 e 46 ± 19 min, respetivamente, $p=0,038$). O grupo de massagem apresentou uma frequência significativamente maior de períneo íntegro ($p=0,004$). Nenhum dos grupos foi submetido a lacerações perineais de 3º e 4º graus. Em termos de traumas perineais, a massagem pode causar uma diminuição da taxa de episiotomia e um aumento de lacerações de 1º e 2º graus ($p<0,001$). Os índices de Apgar para todos os RN em ambos os grupos foram superiores a 7 no 1º e 5º min. Além disso, no estudo de seguimento no prazo de 10 dias após o parto, o grupo de massagem não mostrou efeitos colaterais associados à vaselina e menos de 10% das mulheres em ambos os grupos experimentaram efeitos como calor, dor e edema no períneo, o que não foi significativo em ambos os grupos ($p=0,528$).</p>
CONCLUSÕES	Os resultados do presente estudo mostraram que a MP com vaselina no segundo estágio de TP aumenta a integridade do períneo e reduz os traumas perineais (episiotomia e lacerações).

NÍVEL DE EVIDÊNCIA	1c
-----------------------	----

TÍTULO	EFFECT OF PERINEAL MASSAGE ON THE INCIDENCE OF EPISIOTOMY AND PERINEAL LACERATION
AUTORES	ZARE, O.; PASHA, H. e FARAMARZI, M.
ANO	2014
PUBLICAÇÃO	Health
OBJETIVOS	Determinar o efeito da MP com um lubrificante sobre a incidência de episiotomia e lacerações perineais no segundo estágio do TP.
METODOLOGIA	<p>Estudo randomizado controlado</p> <p>A amostra foi constituída por 145 mulheres primíparas que foram admitidas em TP no Amol Emam Ali Teaching Center for Normal Delivery (Babol, Irão). Participaram aleatoriamente no grupo de intervenção (massagem com lubrificante) (45 mulheres) ou grupo de controlo (100 mulheres). No grupo da massagem após o diagnóstico de dilatação completa, a parteira inseriu dois dedos dentro da vagina e, usando um movimento de varredura, esticou suavemente o períneo com lubrificante de 5 a 10 minutos, entre os esforços expulsivos maternos. No grupo de controlo, apenas a Manobra de Ritgen foi aplicada. Por fim, foi comparada a taxa de períneo íntegro, episiotomia e laceração, duração média do segundo estágio de TP e índice de Apgar ao 1º e 5º min entre dois grupos.</p>
RESULTADOS	<p>A incidência de períneo íntegro foi de 22,2% (10 mulheres), de episiotomia foi de 44,4% (20 mulheres) e lacerações perineais de 33,3% (15 mulheres) no grupo de massagem. No grupo de controlo, o períneo íntegro, a episiotomia e a lacerações perineais foram: 20,2% (20 mulheres), 49,3% (71 mulheres), 28,3% (28 mulheres), respetivamente. Esta diferença não foi estatisticamente significativa. A taxa de laceração de 1º grau foi de 33,3% (15) no grupo de massagem, enquanto esta percentagem foi de 28,3% (28) no grupo de controlo. Esta diferença não foi estatisticamente significativa. Nos grupos de massagem e controlo, não ocorreram lacerações de 2º, 3º e 4º graus.</p>
CONCLUSÕES	Os resultados mostraram que a massagem com um lubrificante estéril durante o TP não proporciona nenhuma vantagem ou desvantagem aparente e significativa na redução do trauma perineal. Portanto, o uso da massagem como técnica de gestão perineal é seguro com base na preferência da mulher durante o TP.

NÍVEL DE EVIDÊNCIA	1c
-----------------------	----

TÍTULO	EFFECT OF PERINEAL MASSAGE ON THE RATE OF EPISIOTOMY AND PERINEAL TEARING
AUTORES	DEMIREL, G. e GOLBASI, Z.
ANO	2015
PUBLICAÇÃO	International Journal of Gynecology and Obstetrics.
OBJETIVOS	Analisar os efeitos da MP durante o TP sobre a frequência de episiotomia e lacerações perineais.
METODOLOGIA	<p>Estudo randomizado controlado</p> <p>A amostra foi constituída por 284 mulheres grávidas saudáveis admitidas para o seu primeiro ou segundo parto com idade gestacional de 37-42 semanas de gestação com diagnóstico de TP no seu primeiro estágio, no Sivas State Hospital (Sivas, Turquia). As participantes foram randomizadas (1:1) para o grupo de massagem (10 minutos de MP com glicerol quatro vezes durante o primeiro estágio e uma vez durante o segundo estágio de TP) ou grupo de controlo (rotina de cuidados).</p>
RESULTADOS	<p>Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos quanto à idade, duração da gravidez ou perímetro cefálico neonatal. A episiotomia foi significativamente mais comum no grupo de controlo do que no grupo de massagem ($p=0,001$).</p> <p>A frequência de lacerações não diferiu significativamente entre os grupos ($p=0,096$). A duração média do segundo estágio do TP foi significativamente menor no grupo de massagem do que no grupo de controlo entre a população total, entre primíparas e multíparas ($p<0,01$ para ambos).</p>
CONCLUSÕES	A aplicação de MP durante o TP diminuiu a frequência de episiotomia.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	1c